

IV

Notfallversorgung in Leipzig –
Funktionaler Protagonismus, alternatives Modell

Die Entwicklung medizinischer Notfallversorgung in Leipzig kontrastiert auf zahlreichen Ebenen mit dem Verlauf in Berlin. Grundsätzlich reicht die Vielgestalt des Geschehens weder in Qualität noch in quantitativer Hinsicht annähernd an die Vorgänge innerhalb der Reichshauptstadt heran. Schon deshalb werden unsere Erörterungen zu „Klein-Paris“ erheblich kürzer ausfallen. Sozial- und medizinpolitische Generalthemen (Urbanisierung, Seuchenprävention, Kurpfuscherproblem, Ärztewahl etc.) werden wir nur noch konkret im Rekurs auf bereits Gesagtes ansprechen, sofern sich die für Berlin erörterten Verhältnisse „signifikant“ bestätigen oder ggf. auch gegensätzlich darstellen. Das folgende Stadtbeispiel rekapituliert trotzdem erheblich mehr als eine verschlankte Variante: Bezogen auf die heutige Struktur öffentlicher Notfallversorgung bildet sich in Leipzig neben dem klinikzentrierten Schema des Rettungsdienstes eine Vorform des ärztlichen Notfalldienstes aus.

Deshalb fällt eine Beurteilung der Leipziger Entwicklung verschieden aus, je nachdem man die Ergebnisstrukturen des Berliner Modells zum Maßstab nimmt oder die funktionale Eigenständigkeit betont. Gemessen an ersterem besaß das Leipziger Modell für den praktischen Vollzug der strukturellen Festigung des öffentlichen Rettungswesens im engeren Sinne weniger Stellenwert. Auch war der Vorbildcharakter für den ärztlichen Notfalldienst eher prinzipieller Natur, der eher untergründig Eingang in Reichsgesetzliche Regelungen fand; hier waren die Berliner Regelungen früher explizit verbindlich. Dennoch aber konnte Leipzig sich als einzige deutsche Stadt¹²¹⁷ parallel zur preußischen Entwicklung zum Forum einer praktikablen Ergänzung der organisierten medizinischen Hilfeleistung etablieren; von der Arbeit des in Leipzig ansässigen Deutschen Samariterbundes¹²¹⁸ von der auch das Berliner Modell in den Richtlinien des ZKRW viel profitierte.

Schießlich muß die Eigenart des Modells aber auch im konkreten historischen Verlauf beurteilt werden: zum einen im Kontrast zu den vielschichtigen Friktionen der Berliner Genese, aber auch dadurch, daß es nach 30jähriger Praxis nahezu unverändert in die schließlich vom preußischen Kultusministerium entworfenen Strukturen integriert werden konnte. „Warum“ dies gelang, ist der Hauptgegenstand des folgenden Kapitels.

Unsere Gliederung richtet sich damit nicht nur nach materiellen Schwerpunkten, nach den spezifischen Struktur- und Akteursbeziehungen, die sich gerade für Leipzig ausmachen lassen, sondern sie fragt im Kontrast zu Berlin insbesondere auch immer danach, welche Bedingungen wir nicht vorfinden. Damit versucht sie, eine gewisse „historische Zufälligkeit“ von koinzidenten Potentialen verstärkt zu umreißen, die in der Reichshauptstadt für

¹²¹⁷ Das schon erwähnte Beispiel der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“ ist historisch als Pilotprojekt von Rang und verdient deshalb hier noch einmal exklusive Erwähnung.

¹²¹⁸ Seit 1908: „Deutsche Gesellschaft für Samariter- und Rettungswesen“.

Verläufe besonders kennzeichnend sind, und die sich nun im Vergleich um so deutlicher als weitgehende Abwesenheit von Normalität präsentieren. Denn auch das ist kennzeichnend für das Feld Leipzig: obwohl in einer Hinsicht bewußt und explizit zeithistorisch als Modell verstanden, ist die Stadt in vieler Hinsicht allenfalls *prima inter pares* und als Großstadt erst spät hervorstechend – 1864 zählen allein die Vorstädte Berlins bereits das 2½-fache Leipzigs. 1905 ist die sächsische Metropole zur viertgrößten Stadt Deutschlands aufgestiegen¹²¹⁹, die mittlere Bevölkerung Berlins liegt jedoch noch immer um das Vierfache darüber.¹²²⁰ Korrespondierend sind auch die Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens zu Beginn des Untersuchungszeitraumes sehr viel übersichtlicher; wir wollen dies einleitend skizzieren.

IV.1 Überblick: Akteurskonstellationen und Eckpunkte der Ausdifferenzierung

Da zur Leipziger Entwicklung nur knappe und z. T. stark veraltete Publikationen vorliegen, muß sich unsere Untersuchung in weiten Teilen auf handschriftliche und gedruckte Quellen stützen. Für diese quellenorientierte Untersuchung unterstellten wir zunächst, daß ein vergleichbares Spektrum relevanter Akteure vorliegen könnte wie in Berlin. Dieses Vorgehen sollte sicherstellen, auch solches Material berücksichtigen zu können, das nach einem an den vorliegenden Veröffentlichungen orientierten, enger gefaßten Suchraster kaum als wichtig erachtet worden wäre. Bald stellte sich jedoch heraus, daß die Breite der Perspektive in vielen Fällen keine Quellenresonanz fand: Die Leipziger Entwicklung verlief auf bemerkenswerte Weise von einer ersten Emergenz besonderer Einrichtungen bis zur Adaption des Berliner Modells hin sehr zielstrebig und beinahe geschlossen als kooperative Interaktion von Akteuren des medizinischen Systems im engeren Sinne. Initiativen von Akteuren anderer Systemherkunft (Berufsgenossenschaften, Rotes Kreuz), aber auch interne Konfliktfelder, wie sie in Berlin zum wesentlichen materiellen Verlauf der Entwicklung beitrugen, sind hier kaum zu finden. Das Ausmaß der systemischen Geschlossenheit resp. das Fehlen konfligierender Konstellationen, in der sich die Entwicklung darstellt, übertrifft damit unsere anfänglichen Erwartungen deutlich.

IV.1.1 Medizinische Versorgung durch stationäre Einrichtungen

Im Untersuchungszeitraum verfügte Leipzig im engeren Stadtgebiet über unterschiedliche stationär-chirurgische Versorgungsinstitute, die zum Teil an die vorhandenen Polikliniken institutionell angebunden waren. Neben einer größeren Anzahl von Poli- und Privatkliniken¹²²¹ unterhielt zunächst die Stadt selbst drei Hospitäler: das Georgs-, Johannis- und Jakobshospital. Von diesen erfüllte jedoch im wesentlichen nur das letzte mit einer Zweigstelle u.a. im zunehmend industriell dominierten Plagwitz die Funktion eines städtischen

¹²¹⁹ Cf. Meyers Konversations-Lexikon, 6.A.... (1905), Stw. Leipzig, S. 377 & 380.

¹²²⁰ Statistisches Jahrbuch Berlin... (1912–14), S. 5.

¹²²¹ Cf. den Überblick von Justus Thiersch in: Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 328–36; ferner: Guttstadt, A. (Hg.): Krankenhaus-Lexikon... (1900), S. 666–71. Am ausführlichsten ist die Überlieferung zum chirurgischen Poliklinikum der Universität und zur Privatklinik des Benno Schmidt. Cf. Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 9 und: Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 328–35. Zur Privatklinik: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 11.

Allgemeinkrankenhauses.¹²²² Hingegen stellte das Johannisstift, gegründet als Leprösen-Lazarett¹²²³ im ausgehenden 16. Jhdt., während des Untersuchungszeitraums nur noch eine Einrichtung zur Altersversorgung vermögender Privatkranker dar¹²²⁴ – komplementär zu St. Jakob wurde es das „reiche Spittel“ genannt. Das Georgshospital, als ältestes der Institute, verstand sich seit dem 17. Jahrhundert fast ausschließlich als Arbeits- und „Irrenhaus“, und erfüllte damit auch bis ins frühe 20. Jhdt. keine medizinische Funktion.¹²²⁵ Seit 1902 stand unter den quasi-öffentlichen Instituten zur chirurgischen Versorgung im Westen der Stadt noch das Evangelisch-lutherische Diakonissenhaus zur Verfügung.¹²²⁶ Den Großteil der stationären Versorgung übernahm jedoch ein allgemein als „Lazareth“ bekanntes, maßgeblich städtisch unterhaltenes Haus, das seit dem Ausgang des 18. Jhdts. offenbar recht willkürlich als Jakobshospital bezeichnet wurde.¹²²⁷ Der Beginn unseres Untersuchungszeitraumes fällt zusammen mit einer vollständigen Neueinrichtung dieser Institution. Über Jahrhunderte hatte sich dieses Lazarett vor dem nordwestlichen Ausgang der Stadt befunden, unweit des Rosentales. Dort besaß es in Abgrenzung zu St. Georg und Johannesstift die Funktion einer Unterkunft- und Verpflegungsstätte insbesondere für Seuchenkranke.¹²²⁸ Ähnlich wie in Berlin mit dem Aufbau des Barackenlazarettes Moabit¹²²⁹, bewirkten auch in Leipzig die Kriege im Vorfeld der Reichsgründung einen nachhaltigen Ausbau: Im Südosten der Stadt war 1864 ein Gebäude als Waisenhaus fertiggestellt worden, das jedoch aus Anlaß des preußisch-österreichischen Krieges als Reservelazarett vereinnahmt wurde.¹²³⁰ Diese Umnutzung kam den leitenden Ärzten Karl Thiersch

¹²²² Cf. Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 310. Ein Überblick zur Funktionsgeschichte von St. Jakob in: Stollberg, G.; Tamm, I.: Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern... (2001).

¹²²³ Dem Schutzpatron der Leprösen wurde eine eigene Figur geweiht. Das „Johannismännchen“, berichtet Prasch, mußte „am Johannistage feierlich angeputzt werden [...], weil widrigenfalls die Kühe des Hospital-Pächters keine Milch gaben.“ Der Brauch habe sich bis 1784 erhalten, „da er auf obrigkeitlichen Befehl abgestellt werden mußte, ohne daß die Milch der besagten Kühe eine Verminderung erlitten hat.“ (Prasch, D.: Briefe über den Zustand von Leipzig... (1787), S. 100f.)

¹²²⁴ „Nach den jetzt [1891] geltenden Bestimmungen wird die Aufnahme nur solchen Personen gewährt, welche mindestens 60 Jahre alt sind, durch Geburt oder langjährigen Aufenthalt zur Stadt Leipzig in näherer Beziehung stehen und der Wohlthat für würdig erachtet werden.“ Jede(r) Aufzunehmende hatte ein Eintrittsgeld von 600 RM zu zahlen und ein eventuelles Erbe dem Hospital zu überschreiben. Cf. Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 404f.

¹²²⁵ Seit 1892 trug es ausdrücklich den Namen „Zwangsarbeitsanstalt zu St. Georg“, cf. Helbig: Die Hospitäler Leipzigs... (1905), Sp. 185. 1913 erfolgte dann doch noch die medizinische Umnutzung als zweites Krankenhaus; im Gegenzug wurde die kleine Zweigstelle von St. Jakob in Plagwitz geschlossen. Zur Gründungsgeschichte des Hospitals in Beziehung zu den übrigen Instituten cf. den entspr. Abschnitt bei Wustmann, G.: Leipzig... (1905).

¹²²⁶ Statistisch verwertbare Unterlagen, insbes. Aufnahmebücher, aus der Zeit vor 1914 sind nach Mitteilung des Krankenhauses an den Verf. nicht mehr vorhanden.

¹²²⁷ Cf. Helbig: Die Hospitäler Leipzigs... (1905), Sp. 189.

¹²²⁸ Cf. Körner, K.: Krankenhaus St. Jakob... (1936), S. 10. Noch Ende des 18. Jhdts. ist diese Dreiteilung etabliert: Detlef Prasch schreibt 1787, „es giebt hier ein großes Hospital, ein Lazareth und ein Zucht- und Waisenhaus“. (Ders.: Briefe über den Zustand von Leipzig... (1787), S. 100.) Hier ist mit Hospital das Johannisstift gemeint, womit begriffshistorisch die (bereits verschwimmende) Abgrenzung zum Lazarett deutlich wird: Noch ist hier „Lazareth“ (nicht Hospital) Bezeichnung für den Ort der wissenschaftlich-medizinischen Differenzierung (Übertragung von *nosocomium*; cf. den Eintrag bei: GRIMM: Wörterbuch... (1885), Art. „Lazareth“, Sp. 396.) Zu einer Theorie der spez. Wortbildung durch die Praxis in Venedig: cf.: Kluge, F.: Etymologisches Wörterbuch, 22.A... (1989), Stw. „Lazareth“.

¹²²⁹ Cf. Steinberg: Kriegslazarethe und Baracken... (1872).

¹²³⁰ Cf. Gilardon, K.: Entwicklung des medizinischen Viertels... (1990), S. 294.

und C. A. Wunderlich entgegen, die aus den in der gesundheitspolitischen Diskussion verbreiteten Erfahrungen der Verwundetenpflege im amerikanischen Bürgerkrieg¹²³¹ das neuartige Prinzip des miasmentheoretisch bevorzugten Barackenlazarettes auch für zivile Anstalten übernehmen wollten. Die Stadt entschloß sich zur Annahme des Projektes und seit 1868 wurde das Gebäude mit zunächst 12 umliegenden Baracken zur Krankenversorgung genutzt – Leipzig führte damit „zum ersten Male auf dem Continent“¹²³² gegenüber dem traditionellen französischen Pavillonsystem die Barackenbauweise ein.¹²³³ Mit Wirkung vom 2. April 1871 schließlich nahm die Stadt unter der offiziellen Bezeichnung „Städtisches Krankenhaus zu St. Jakob“ das Institut in vollem Umfang in Betrieb und erklärte das alte Lazarett für geschlossen.¹²³⁴ Damit kam dem Krankenhaus in der Versorgungsstruktur der Stadt zunehmend zentrale Funktion zu, die sich auch auf akzidentelle Akutfälle bezog (cf. auch S. 298, Anm. 1367). So finden wir Mitte der 1880er Jahre eine Quote allein verletzungsbedingter Aufnahmen, die in den großen Berliner Krankenhäusern nur in Ausnahmefällen erreicht wird: Der Anteil liegt 1886 bei 16% (Nur Friedrichshain, Lazarus und Bethanien verzeichnen im selben Jahr ähnliche Werte, Moabit und Charité liegen knapp über 6,5%)¹²³⁵. Zehn Jahre später bildet diese Fraktion in St. Jakob bereits 25% des Spektrums, während in Berlin der Mittelwert für die öffentlichen und quasi-öffentlichen Anstalten auf 9,5% gesunken war. Mit dieser Entwicklung setzte sich erfolgreich eine aus medizinischer Sicht immer wieder umstrittene Tradition des Krankenhauses fort, die noch im Rahmen der alten Gebäude im Rosental geschaffen worden war: Da der Universität damals für das vorbildliche Projekt einer eigenen Klinik die Mittel fehlten, hatte sich die medizinische Fakultät gegen den langjährigen Widerstand der Stadt zum Ende des 18. Jhdts. dafür eingesetzt, die klinische Ausbildung im Lazarett vornehmen zu lassen.¹²³⁶ 1799 schließlich war damit der Grundstein gelegt worden, das nun freundlicher¹²³⁷ als „Jakobshospital“ bezeichnete Lazarett um seine städtisch kontrollierte soziale Versorgungsfunktion zu erweitern: nicht mehr Pfleglinge, sondern Patienten stehen im Vordergrund, die als therapeutisches Potential in zunehmend exklusiv medizinisch-wissenschaftlichem Interesse akquiriert werden sollen; dies galt offensichtlich sehr bald wie selbstverständlich auch für schwere chirurgische Fälle.¹²³⁸

¹²³¹ Cf. bes.: Esmarch, Fr.v.: Vorbereitung von Reserve-Lazaretten... (1870); Virchow, R.: Sanitätszug des Berliner Hilfs-Vereins... (1870); Ders.: Kriegstypus und Ruhr... (1871).

¹²³² Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 301; Helbig: Die Hospitäler Leipzigs... (1905), Sp. 205ff.

¹²³³ Cf. Murken, A. H.: Geschichte des Krankenhauswesens... (1988), S. 149. Zur Differenzierung des Pavillonsystems, das in anderen Ausprägungen als Vorläufer des Barackensystems gelten konnte cf. Ebda., S. 122ff. und Stollberg, G.; Tamm, I.: Binnendifferenzierung in deutschen Krankenhäusern... (im Druck).

¹²³⁴ Cf. Gilardon, K.: Entwicklung des medizinischen Viertels... (1990), S. 295.

¹²³⁵ Cf. „Erkrankungen und Sterbefälle in den größeren Berliner Krankenhäusern“ in: Stadt Berlin (Hg.): Veröffentlichungen des Statistischen Amtes... (1886), Pag. 23 pass.

¹²³⁶ Cf. Helbig: Die Hospitäler Leipzigs... (1905), Sp. 188f.; Thiersch, C.: Über die drei Hospitäler Leipzigs... (1876), S. 45f.

¹²³⁷ Diese Intention bemerkt ausdrücklich Prash, da „das Wort *L a z a r e t h* etwas so anstößiges für die *ekeln* Ohren der Leipziger“ gehabt habe (cf. Ders.: Briefe über den Zustand von Leipzig... (1787), S. 101.)

¹²³⁸ Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 23. Die Aufnahmebedingungen dieser Klientel schildert der Stadtarzt allerdings noch 1889 als verhältnismäßig desolat, insbes. weil es an besonderen Räumlichkeiten zur Desinfektion und Vorbereitung dieser Patienten fehle. Cf.: **HStA DD**, KHM Leipzig **475**, o.Pag. (Bericht v. 16.10.1889).

Inwieweit den privaten stationären Kliniken Leipzigs eine Bedeutung in der Versorgung von akzidentellen Akutfällen zuzuschreiben ist, bleibt wegen des nur spärlich überlieferten Materials unklar; wir können aber annehmen, daß ein maßgeblicher Beitrag von ihnen – freilich die poliklinischen Ambulanteleistungen ausgenommen – nicht erbracht wird.¹²³⁹ Diese Kliniken wollten ein therapeutisches Refugium für zahlungskräftige Patienten bilden; so kann es immerhin vorkommen, daß auch Schwerverletzten vom Anstaltsleiter die Aufnahme verwehrt wird, weil sie nicht in der Lage sind, den festgesetzten Vorausbetrag an Kurkosten zu entrichten.¹²⁴⁰ Die erste chirurgische Privatklinik dieser Art führte seit 1865 der Leiter des Poliklinikums der Universität, Benno Schmidt; sie war jedoch auch in neuen Räumlichkeiten nach 1874 nur für eine regelmäßige Belegzahl von acht Betten konzipiert.¹²⁴¹ Größer und mit poliklinischem Annex fiel die chirurgische Privatklinik von Tillmanns aus, die seit 1876 Raum für 30 Patienten bot. Im Ambulanzbereich leistete Tillmanns' Klinik Erhebliches: 1890 zählte seine Poliklinik rd. 1500 (vermutlich meist unentgeltliche) Versorgungen. Für die Kosten einer stationären Aufnahme gewinnen wir einen Anhaltspunkt in einem ähnlichen Institut von Landerer: Hier liegt der reguläre Satz 1891 zwischen 3–15 RM.

Als korrespondierende Akteure treten diese Kliniken für den Bereich der stationären Akutversorgung nicht auf – was im Vergleich zur Interaktion der kleinen BG-Kliniken in Berlin immerhin denkbar wäre; aus der weiteren Schilderung können wir sie daher ausblenden.

IV.1.2 Ambulante Versorgungseinrichtungen vor 1883

Facettenreicher gestaltete sich das traditionelle Angebot im Sektor ambulanter (Akut-)Versorgung. Zwar erfolgte die Gründung von spezifischen Einrichtungen in Leipzig erst zu Beginn der 1880er Jahre. Als Vorläufer derartiger Einrichtungen lassen sich jedoch eine Reihe von Polikliniken bezeichnen. Seit dem ersten Drittel des 19. Jahrhunderts waren sie Ambulatorien vorwiegend für Armenkranke. Eine der ältesten Einrichtungen Leipzigs, die eine Notversorgung im öffentlichen Raum wahrnahmen, bildete das „Chirurgisch poliklinische Institut“, das unter der Leitung von Carl Walther und August Carus¹²⁴² der Universität angegliedert war. Derartige Institute entstanden jedoch weniger aus einem neuartigen Versorgungsgedanken von Notfällen, sondern infolge der Einführung klinischen Unterrichtes für Medizinstudenten seit Ende des 18. Jhdts.: so erfolgte die kostenfreie Behandlung chronischer und akuter Leiden stets unter der Voraussetzung, daß der Patient als Lehr- und Erkenntnisobjekt nicht nur dem behandelnden Arzt, sondern insgesamt den anwesenden Studierenden diene.¹²⁴³ Deshalb können wir hier, wie für alle Anlaufpunkte

¹²³⁹ Dies wird vice versa auch durch die Aufnahmebestimmungen von St. Jakob bestätigt. (cf. Anm. 1367.)

¹²⁴⁰ Dokumentiert ist ein solcher Fall für die Mitte des 19. Jahrhunderts in Berlin, betreffend die chirurgische Privatklinik „für zahlende Kranke“ des Dr. Trüstedt; cf. Schreiben Eichhorns an die Krankenhausdeputation v. 18.12.1845, in: **GStA PK**, I. HA., Rep. 76 VIII D, Nr. 80, o. Pag.

¹²⁴¹ Für alle folgenden Angaben: Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 328.

¹²⁴² Joh. Carl Walther, geb. Leipzig 1795, Promotion 1820, um 1830 a.o. Prof. der Medizin; Mitherausgeber „Handwörterbuch der gesamten Chirurgie und Augenheilkunde“ (1836 pass.), gest. 1863. E. August Carus, geb. 1797 Leipzig, Promotion 1821, Kurse in Göttingen und Berlin, danach Gründung einer orthopäd. Heilanstalt; 1831 a.o. Prof. der Medizin; 1844 Ruf nach Dorpat (wo Ernst v. Bergmann 1854 sein Studium aufnahm); gest. 1854 in Berlin. (Cf. Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 19.)

¹²⁴³ Eine treffende Definition des Begriffes Poliklinik und ihrer funktionalen Varianten findet sich bei: Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 22f. Eine darüber hinausgehende, einschlägige

vergleichbaren Typs, nicht von einem besonderen Angebot in bezug auf den akzidentellen Charakter des Notfalles sprechen. Das in öffentlicher Trägerschaft befindliche Poliklinikum bietet grundsätzlich nur Hilfe für die Erkrankungssymptomatik, verlangt aber im Gegenzug die Bereitschaft, erhebliche Wege- und Zeitstrecken zu akzeptieren. Anders als die seit 1883 gegründeten Versorgungseinrichtungen, ist das städtische Poliklinikum tendenziell eine Institution, die zunächst aus ökonomischer Rationalität gegründet wird und das als „spin-off“ erst allmählich wissenschaftlich-nosologischen Funktion übernimmt: In einer Bekanntmachung des Rates vom 16. Februar 1830 heißt es, die „tägliche Erfahrung“ lehre, „daß eine zweckmäßige und einfache Behandlung leichter, äußerer Übel oft hinreicht, um größere abzuwenden, und daß [...] Versäumniß derselben [...] den Commun- und Krankencassen zur Last fallende Gebrechen“¹²⁴⁴ erzeuge. Aufgabe des neuen Institutes solle daher sein, eine „Berathungsanstalt für unbemittelte Personen“ zu bilden, „welche an leichten Verwundungen, Erfrierungen [...] und dergl. leiden, und dabei nicht bettlägerig“¹²⁴⁵ seien.

Das Versorgungsnetz der Polikliniken wurde von zwei Seiten gestützt und nachgefragt. Als etwa Günther an die chirurgische Klinik des Jakobshospitals berufen wurde, eröffnete er 1841 eine Poliklinik, weil „die Krankenzahl auf der chirurgischen Abtheilung [...] eine ziemlich niedrige, [und] die Qualität der äusseren Kranken für Abhaltung einer Klinik ungenügend“¹²⁴⁶ war. In ähnlicher Weise wurde die Mehrzahl dieser Institute, die sich in privater Trägerschaft befanden, etwa seit der Jahrhundertwende kompensatorisch von Inhabern der medizinischen Lehrstühle zur Ausbildung der Studierenden eingerichtet; zu ihnen zählten die erwähnten von Schmidt, Tillmanns und Landerer; schon vorher hatte Hennig eine proto-pädiatrische Poliklinik eingerichtet, 1878 folgte eine weitere allgemein-chirurgische durch von Lessner. Etwa gleichzeitig hatten die Universität und der Albert-Zweigverein Leipzig-Möckern weitere Polikliniken eröffnet. Zeigt diese Gründungswelle einerseits einen starken Anstieg der Nachfrage im Ausbildungssektor an, korrespondiert diese klassische Form der ambulanten Einrichtung bereits im frühen 19. Jhdt. mit einer erheblichen Nachfrage, die deutlich macht, wie begrenzt auch das allmählich als Akut-Klinik sich verstehende Krankenhaus der Nachfrage in weniger schweren Fällen entsprechen kann. Zwischen März 1830 und Juli 1832 wird die Universitätspoliklinik etwa in 950 Fällen in Anspruch genommen, während St. Jakob, zum Vergleich, seit 1826 jährlich über 600 Neuaufnahmen zählt.¹²⁴⁷ In den ersten 25 Jahren sollen 44.860 Kranke ambulant versorgt worden sein.¹²⁴⁸ Eine solche Poliklinik entspricht dem allgemeinen Verständnis von „akut“, das nicht an den Charakter der Kontingenz geknüpft ist: Wen die Unausweichlichkeit des physischen Schmerzes über ein für ihn verträgliches Maß hinaus angreift, der sucht nun als Mittelloser unentgeltliche Hilfe, und dies nicht nur im näheren Umfeld. Noch 1878, als das Institut längst Konkurrenz durch andere Polikliniken bekommen hat, befinden sich unter den rd. 2800 Behandelten 1337, die nicht in Leipzig ansässig sind. Zu

gutachterliche Klärung aus Berlin ist im Anhang wiedergegeben. Gegenüber ihrer praktisch verbreiteten Form im 19. Jhdt. sind die Erläuterungen des zeitgen. Brockhaus' durchweg obsolet (cf. Konversations-Lexika 1866, 1885 und (noch!) 1890 (Stichw. „Klinik“)).

¹²⁴⁴ Zit. bei: Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 3.

¹²⁴⁵ Zit. bei: Ebda. (Hervorh. orig.).

¹²⁴⁶ Zit. bei: Ebda., S. 9.

¹²⁴⁷ Nach Angabe Schmidts sind zuverlässige Reihenangaben zu Aufnahmezahlen in dieser Frühzeit nicht – geführt worden. Zu St. Jakob: cf. Helbig: Die Hospitäler Leipzigs... (1905), Sp. 211.

¹²⁴⁸ Zit. bei: Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 6.

den 9500 Patienten in den Jahren 1877–79 gehören sogar 438 aus „anderen deutschen Staaten“, also Preußen, Sachsen-Altenburg &c. Keineswegs sind dies immer die Durchreisenden eines Messebesuches. Häufig, so Schmidt, ist der Fall, daß Angehörige „mit ihrem auf einen Hand- oder Rüstwagen gebetteten Kranken Nachts 2 Uhr aufbrechen, [...] um einen oft kurzen ärztlichen Rath [...] zu erhalten, ja wohl am selbigen Tage noch die 8stündige Rückfahrt bewerkstelligen“.¹²⁴⁹ Im Zeitraum von 1877–81 rekrutieren sich fast die Hälfte der Patienten der medizinischen wie der chirurgischen Poliklinik von außerhalb Leipzigs.¹²⁵⁰

Anhand dieser Skizze wird Notfallversorgung in Leipzig bis kurz vor Erlass der Krankenversicherungsgesetzgebung innerhalb eines Akteurs- und Institutionengefüges wahrgenommen, das weniger facettenreich, aber strukturfunktional von zunächst ähnlichen Eckwerten wie Berlin gekennzeichnet ist: Das städtische Krankenhaus nimmt nicht nur aus medizinischem sondern vermutlich zunächst aus der obligaten Funktion der polizeilich motivierten Armenfürsorge schwere akzidentelle Akutfälle auf; wo es sich darüber hinaus um Mittellose handelt, obliegt deren Behandlung entweder den Armenärzten oder wird durch poliklinische Institute wahrgenommen. Zahlenden Patienten wiederum stehen um 1885 ca. 100 praktische Ärzte zur ambulanten Versorgung zur Verfügung.¹²⁵¹ Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entfällt damit 1 Arzt auf 827 Einwohner; dieses Verhältnis sinkt bis 1900 ab; nun kommen rechnerisch 1063 Einwohner auf einen Arzt.¹²⁵²

Das Grundproblem, das wir theoretisch mit dem Begriff des akzidentellen Akutfalles benannt haben, bleibt in dieser Ausgangslage ähnlich wie in Berlin bestehen: Das medizinische System bzw. seine Institutionen und Akteure erreichen ihre Klientel nur dann, soweit sie sich auf die engen zeitlichen Verfügungsbeschränkungen der Versorgungskapazitäten einläßt. Abgesehen von einer wahrscheinlich stets vorhandenen, aber nicht zu bestimmenden und auch in der historischen Ereignislage jeweils ungewissen Anzahl von Akteuren, insbes. den praktizierenden Ärzten, die außerhalb ihrer Sprechstunden einem Nothilfeersuchen auch dann Folge leisten, wenn der Petent nicht zahlungsfähig ist, korrespondiert das System grundsätzlich nicht mit dem Sachverhalt der Kontingenz im accidens Erkrankung oder Unfall. Wir konnten anhand der Darstellung von Schmidt über die universitäre Poliklinik skizzieren, in welchem Ausmaß Patienten bzw. deren Angehörige gewohnheitsmäßig mit einer derartigen Angebotslage umgehen. Vielleicht mag dies angesichts des besonders „guten Rufes“ der Institution kein Blick auf allgemeine Akzeptanz medizinischer Versorgungserwartung in den Bevölkerungsteilen sein, die einen Hausarzt nicht bezahlen können; ein Indiz für eine gewisse Normalität unter asymmetrischen Bedingungen bietet sich dennoch. Denn wenn Schmidt noch für das letzte Drittel des 19. Jdhts. davon spricht, daß sich Patienten auf mehrstündige Wege zur Behandlung begeben, heißt dies nicht, daß es sich um Fälle handelt, die einen Aufschub der Versorgung vertragen würden. Das typische poliklinisch anfallende Spektrum, so Schmidt, ist in „bunter Reihe [...] ein stinkendes Fussgeschwüre wechselnd mit einer Sehnenscheidenverletzung, eine frische Kopfwunde nach einem jauchigen Abscess“¹²⁵³. Allerdings treten „Mischformen“ ebenso auf: Leiden, die ebenso in akutem wie chronischem Zustand diagnostiziert

¹²⁴⁹ Zit. bei: Ebda., S. 8.

¹²⁵⁰ Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 11, Pag. 55v; cf. Tabelle A4 im Anhang: Patienten der Universitäts-Poliklinik 1877–81.

¹²⁵¹ Cf. Statistisches Jahrbuch Leipzig... (1914), S. 114.

¹²⁵² Cf. Guttstadt, A. (Hg.): Krankenhaus-Lexikon... (1901), S. 606.

¹²⁵³ Zit. bei: Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880), S. 17.

werden. So besteht z. B. über die mutmaßliche Bestandszeit von behandelten Hernien eine „Statistik“: In der Zeit „vor 1879“ registriert das Poliklinikum 123 Unterleibsbrüche¹²⁵⁴. Nach Angaben der Patienten bestehen diese seit sehr unterschiedlichen Zeiträumen (die leider nicht quantitativ differenziert sind): die Datierung reicht von 3 Tagen bis zu 42 Jahren!

Dominant hemmend für die Anschlußfähigkeit zwischen Patient und professionell medizinischer Versorgung im Angebot der poliklinischen Leistungen aber die zeitliche Verfügbarkeit: Nicht anders als die praktischen Ärzte sind auch die Polikliniken (anders eben als seit den 1890er Jahren in Berlin!) Institute mit ebenso spezialisierten wie stark begrenzten Sprechstundenzeiten. Von 1853–72 war die „Klinik“, ohnehin nur Wochentags, während einer Stunde, von 11–12 Uhr, für allgemein chirurgische Hilfeleistungen dienstbar, von 12–13 folgte die ohrenklinische, von 14–15 die innere und abschließend die pädiatrische Bereitschaft. Wenn wir dieser Sachlage die oben skizzierte Inanspruchnahme gegenüberstellen, die allein zwischen 1877–79 rd. 10.000 Fälle in allein dieser Klinik ausmachte, ist nachvollziehbar, welches Potential zu erwarten sein konnte, wenn die Anschlußfähigkeit systematisch, das heißt nach dem Kriterium Erreichbarkeit und Zugänglichkeit¹²⁵⁵ verbessert werden würde.

Bemerkenswerterweise tritt uns das Krankenhaus als erste Institution gegenüber, welche die Voraussetzungen für Aufnahmebegehren erleichtert: Noch mit Wirksamkeit für die alten Räumlichkeiten wurde zum 1. April 1865 die Bestimmung aufgehoben, daß jeder Kranke sich vor Aufnahme in der im Rathaus befindlichen „Expedition, der ‚Hospital-schreiberei‘ melden musste, worauf ihm ein Schein ausgestellt wurde, gegen dessen Abgabe an den Pförtner des Hospitals sich erst die Pforten“¹²⁵⁶ öffneten.¹²⁵⁷ Ob diese Bestimmung zuvor regelmäßig auch in Akutfällen unserer Kategorie beachtet worden sind, mag zweifelhaft bleiben, denkbar erscheint dies aber trotz der allgemeinen Aufnahmebestimmungen (cf. Anm. 1367). Für Berlin liegen aus vergleichbaren Konstellationen noch um die Wende zum 20. Jhdt. Klagen vor, daß z. B. einem am Wochenende verunglückten Patienten die Notaufnahme wegen fehlender Bescheinigung der Armenbehörde verweigert wird.¹²⁵⁸

IV.1.3 Strukturänderungen um 1880: Chronologie

Für Leipzig sind im Gegensatz zu Berlin auffällige Strukturänderungen verhältnismäßig spät, dafür aber recht abrupt festzustellen; deutlich ist ein zeitlicher und intentionaler Zusammenhang mit der Samariter-Initiative Esmarchs auszumachen. Der Kieler Chirurg hatte seine ersten öffentlichen Vorlesungen Ende Januar 1882 mit großem Erfolg abgehalten. In Leipzig finden wir bereits rd. einen Monat später den Brief eines Oberstabsarztes, der sich an den Rat der Stadt wendet mit der Bitte, Erste-Hilfe-Kurse an die Schutz-

¹²⁵⁴ Hier nur *Herniae inguin. ext.*

¹²⁵⁵ Der Schwerpunkt liegt hier auf der ökonomischen Konnotation: Wie wir an den Leistungen des Samaritervereins sehen werden, wird eine bessere Erreichbarkeit nur dann deutlich stärker vom Publikum ausgenutzt, wenn die restriktiven Bedingungen des Armenrechtes zugleich möglichst umgangen werden können.

¹²⁵⁶ Helbig: Die Hospitäler Leipzigs... (1905), Sp. 190.

¹²⁵⁷ Cf. das Beispiel Mindens, das formal seit 1878 einen Notaufnahmepassus kannte, sich jedoch bis 1914 immer wieder nachhaltig gegen die Versorgung geringzahlender Notfallpatienten zu wehren suchte (Kap. 5, S. 367f.).

¹²⁵⁸ Mehrere Fälle bes. in: **UAHU**, Charité-Direktion, Nr. **985**, Pag. pass.

mannschaften der Feuerwehr erteilen zu dürfen.¹²⁵⁹ Nach Genehmigung unter Vorbehalt, daß die Dienstausbildung nicht gestört werde, fanden sich so am 6. Juni in einem beliebten Versammlungslokal, dem *Eldorado*¹²⁶⁰, „35 Herren und 1 Dame“ zusammen. Unter ihnen der Kommandant der Feuerwehr, einer der Polizeidirektoren, eine Anzahl Ärzte, sowie Buchhändler und Kaufleute, die, überwiegend im beruflichen Nebenamt, für die Feuerwehr Bereitschaftsdienste leisten.¹²⁶¹ Ein Protokoll dieser Versammlung existiert nicht mehr; aus den erhaltenen Berichten geht aber hervor, daß bereits diese erste Zusammenkunft sehr viel mehr anstrebt als nur die Erteilung des beantragten Unterrichtes. Rühlemann gründet an diesem Abend aus dem Kreis der Anwesenden den sog. „Samariter-Verein zu Leipzig“. Dieser soll „unter Laien die Kenntniß von der ersten Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen [...] verbreiten durch Einrichtung von Samariterschulen.“ Soweit entspricht das Vorhaben den von Esmarch empfohlenen Richtlinien des Deutschen Samaritervereins zu Kiel.¹²⁶² Die Satzungen gehen jedoch erheblich weiter: „Für später“ so heißt es, sei „die Einrichtung von Verbandstationen, Sanitätswachen und die Schaffung ähnlicher Einrichtungen des Samariterwesens“ vorgesehen.¹²⁶³ Mit diesem Vorhaben projiziert die Versammlung unter dem Vorsitz des Regimentsarztes eine organisatorische Dimension, die für Berlin zur selben Zeit undurchführbar erscheint und dort auch von keinem Arzt ernsthaft angedacht wird.

Für die folgenden 9 Monate ist eine rege Aktivität des Vereins überliefert, die sich auf Ausbildung, Lobbyarbeit und gezielte Vorbereitung der ersten Sanitätswachengründung erstreckt. Unter Rühlemanns Leitung wird im ersten Jahr zunächst nur die Berufsfeuerwehr in mehrwöchigen Kursen unterrichtet;¹²⁶⁴ insgesamt nehmen 100 Mitglieder an den jeweils 12–18 Unterrichtsabende umfassenden Lektionen teil. Um die Gewogenheit des Rates für weitergehende Projekte zu gewinnen, geht man früh dazu über, städtische Einrichtungen mit eigenfinanzierten Hilfs- und Transportmitteln gratis auszustatten; so habe man, wird dem Rat mitgeteilt, „der Bezirkswache am Zeitzer Tore mit Rücksicht auf [...] die Neubauten im Südviertel eine [...] Tragbahre zum Transport von Verunglückten übergeben, ebenso in den letzten Tagen den Bezirkswachen am Frankfurter tore auf der Eu-

¹²⁵⁹ Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 1. Die auf heutige Verhältnisse bezogen symbolträchtig früh wirkende Einbeziehung der Feuerwehrmannschaften in grundlegende ersthelferische Tätigkeiten darf nicht überschätzt werden. Die spätere Übertragung einer Vielzahl von Aufgaben des Rettungsdienstes an die Feuerwehr ist, nicht nur in den Untersuchungsbeispielen Berlin und Leipzig, viel eher der kommunalen Kostenkalkulation als einer funktional-programmatischen Übereinstimmung geschuldet: Sie lag logistisch einfach nahe. Der Begriff des Rettungswesens der Feuerwehr aber ist bis weit über den Untersuchungszeitraum hinaus ein nahezu vollständig technisch dominierter, der allenfalls gezwungen, aber nirgends aus Eigeninitiative dieses Akteurs mit dem medizinisch orientierten Rettungswesen interpenetriert.

¹²⁶⁰ Cf. Czok, K.: *Vorstädte in Leipzig...* (1982), S. 145.

¹²⁶¹ Samariter-Verein Leipzig (Hg.): *Erster Bericht...* (1882–84), S. 5 & pass. Zur Differenzierung der Sozialstruktur s. unten, S. 322.

¹²⁶² Cf. Henius, L.: *Samariter- und Rettungswesen...* (1905), S. 9.

¹²⁶³ Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 8ff. Die Gründung des Vereins wird auch rekapituliert bei: Moschke, G.: *Leipziger Kolonne des Arbeiter-Samariter-Bundes...* (1975), bes. S. 19ff.; Bezeichnungen, Orte und Zahlenangaben sind jedoch häufig ungenau oder sachlich inkorrekt. Insbes. wird ständig verwechselt, falsch bezeichnet oder beschrieben: der lokale Samariterverein, der Deutsche Samariterverein und der Deutsche Samariter-Bund, dessen Sitz in Leipzig war. Dasselbe Manko auch bei: Ders.: *Arbeiter-Samariter-Bund Deutschlands...* (1977), bes. S. 56ff.

¹²⁶⁴ Zur grundsätzlichen Einbindung der Feuerwehr in den Rettungsdienst s. den entspr. Abschnitt unten, S. 350ff.

tritzscher und Plagwitzerstraße Apparate zur Errettung von ins Eis Eingebrochenen oder in offenes Wasser Gestürzten.“¹²⁶⁵ Parallel zur Verteilung solcher Gratifikationen organisiert der Verein die Planung für die Wachengründungen. Diese Arbeit liegt maßgeblich in der Hand eines jüngeren praktischen Arztes, Karl Assmus,¹²⁶⁶ der stellvertretender Vorsitzender ist. Er schreibt an den Leipziger Oberbürgermeister Georgi¹²⁶⁷ – bereits Ehrenmitglied des Vereins – und bittet ihn, einen Kontakt mit dem Berliner Polizeipräsidium herzustellen. Vor Ort informiert er sich schon im November 1882 über die Organisation der dortigen Revierrsanitätswachen.¹²⁶⁸ Bis zu diesem Zeitpunkt hat der Verein durch 3 Ärzte 11 Samariterkurse abhalten lassen, in denen insgesamt 300 Mitglieder der Feuerwehr und Schutzpolizei instruiert worden sind. Nachdem Assmus Ende Januar einen Vortrag über die Einrichtung von Sanitätswachen gehalten hat, gehen die vorsitzenden Ärzte zur Verwirklichung eigener Einrichtungen über. 3000(!) der „besser situierten Einwohner“ erhalten ein Rundschreiben, das die Vereinsziele erläutert und die Hilfe „für die ärmeren Klassen unserer Bevölkerung“ hervorhebt.¹²⁶⁹ Zugleich ergeht am 21. März ein umfangreiches Subventionsgesuch an den Rat, das Ziele und Strukturen umreißt und dabei mehrfach die Berliner Erfahrungen evaluiert.

Damit tritt der Verein zum ersten Mal mit einer Forderung an die politische Vertretung der Bürgerschaft, die bisherigen Leistungen mit einer angemessenen Gegengabe zu entschädigen. Über diese Angelegenheit kommt der Verein am 1. Mai 1883 im Ausschuß für öffentliche Gesundheitspflege zur Verhandlung, zu dessen Aufgaben bereits seit 1878 die Regelung des Krankentransportes und Einrichtung ärztlicher Dienste gehört.¹²⁷⁰

IV.1.4 Besonderheiten im Zeit- und Akteurkontext der Gründung des Samaritervereins

An der bisher dargestellten Entwicklung ist einerseits der Zeitpunkt der Gründung auffällig, und außerdem Anzahl, Professionsspektrum und Zielsetzung der Akteure (S. 282f.).

Gründungszeitpunkt

Zwar erscheint der Anlaß, die aus Kiel sich ausbreitende Vereinsbewegung, geradezu idealerweise geeignet, den Zeitpunkt der Gründung plausibel erscheinen zu lassen; aber die Begleitumstände wie die atypisch breite und professionell solide Ausführung des Konzeptes relativieren dieses Bild doch erheblich. Umstände und Datum der Gründung bieten keinen Hinweis, weshalb in Leipzig ähnliche Initiativen nicht zumindest im Ansatz früher verzeichnet sind. In Berlin hatten wir die Wachen-Initiativen der liberalen Revierkommissionen deutlich in einen Zusammenhang mit sozialer Segregation und Bevölkerungswachstum sehen können; für Leipzig ist ein solcher Nexus nicht auszumachen: hier waren die größten Wachstumsraten mit Gründung der Institute eigentlich abgeschlossen; die Bevölkerung hatte im Bereich der Altstadt (dem zunächst vorrangigen Wirkungsradius des Vereins) am stärksten zwischen 1864 und 1885 zugenommen: Mit 85.000 um nahezu

¹²⁶⁵ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 13.

¹²⁶⁶ Die Schreibweise von Vor- und Nachname ist in den Quellen uneinheitlich; aus dem einzig erhaltenen Brief des Arztes geht zumindest der Familienname mit Doppel-„s“ hervor.

¹²⁶⁷ cf. zu Georgi: Wustmann, G.: Leipzigs Vergangenheit... (1909), S. 426–34

¹²⁶⁸ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 25f.; zu den Wachen in Berlin: cf. Kap. 2, S. 141ff.

¹²⁶⁹ Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 26; Hervorh. weggel.

¹²⁷⁰ Cf. Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 203.

100%¹²⁷¹ – das war eine Rate, die bis zum Krieg relativ nur noch zu einem Viertel erreicht wurde.¹²⁷² In der sächsischen Metropole scheint das Bedürfnis nach nächtlicher Soforthilfe mit dem Wachstum von Stadt und Bevölkerung also allenfalls verzögert in Zusammenhang zu stehen. Insbesondere wenn man für die Leipziger Entwicklung berücksichtigt, daß die „Vorstädte“ als Lokalisation von Industrialisierung und Wohnraum der weniger Ärmern eine hervortretende Rolle spielen,¹²⁷³ ist ein Zusammenhang mit dem Engagement in öffentlicher Notfallversorgung erst für die 1890er und Folgejahre herstellbar. Daher bleiben wir über die Wirksamkeit traditionaler Versorgungseinrichtungen hinaus sowohl über Nachfrage wie deren Deckung bis Anfang der 1880er Jahre weitgehend im unklaren. Ein neuartiges Bedürfnis artikuliert sich – nach den erhaltenen Quellen – nicht. Dies ist auch deshalb bemerkenswert, weil wir belegen konnten, daß der in Berlin angeführte Mangel ärztlicher Hilfe zur Nachtzeit (zumindest teilweise plausibel) bereits mit der reichsweiten Einführung der „Kurierfreiheit“ angesetzt und begründet worden war. Demnach sollte die Straf- und Gewerbegesetzgebung für die 1870er Jahre auch in Leipzig Ausgangsbedingungen erwarten lassen, für die ein ähnlich stark dokumentiertes Nachlassen ärztlicher Versorgungsbereitschaft auszumachen sein müßte, wie in Berlin. Solche Beschwerden finden sich aber in der Literatur und Akten erst zu Beginn der 1880er Jahre.

Mehrere Hypothesen erscheinen plausibel, diese Unterschiede zu erklären. Zunächst ist ein Quellenproblem denkbar, das nicht nur mit Verlust von Akten, sondern auch mit der institutionellen Überlieferung in Zusammenhang stehen könnte. Hier ist zunächst an die örtliche Armenpflege, ihre Organisation und Nähe zur Nachfrage medizinischer Leistungen zu denken. Die Leipziger Armenpflege weicht bis in den Untersuchungszeitraum hinein von der Berliner Organisation erheblich ab, und dieser Sachverhalt hat deutliche Rückwirkung auf die Qualität der Quellen. In der Messestadt wurden die kommunalen Verpflichtungen, die sich aus dem Reichsgesetz über die Ortsarmenpflege ergaben, erst mit Wirkung vom 1. Januar 1881 institutionell umgesetzt. Bis dahin befand sich über das ganze Jahrhundert hinweg die Ausführung und Konzeption armenpflegerischer Arbeit unter der Leitung einer bürgerlich-aufklärerischen „Gesellschaft patriotischer Männer“, deren Mitglieder geschildert werden als Beamte, „Gelehrte aus allen Fakultäten, etablierte Kaufleute, Künstler und von ihrem Vermögen lebende Privatpersonen“¹²⁷⁴. Ähnlich wie für die 1860er und 70er Jahre in Berlin¹²⁷⁵ müssen wir bei dieser rein ehrenamtlichen Trägerschaft einen oft erheblichen Mangel an Dokumentation verzeichnen, die sich meist auf die unmittelbar verwerteten pekuniären Auswertungen beschränkt und für unsere Fragestellungen verschlossen bleibt.¹²⁷⁶

Eine weitere Erklärung für den anscheinend späten Zeitpunkt bietet die Frage nach der Beschaffenheit und dem Zusammenhang örtlicher Bevölkerungsentwicklung, sozialer Lage und Nachfrageentwicklung. Im Vergleich zu anderen Städten ähnlicher Größe stellt

¹²⁷¹ Dieses Wachstum liegt vor den ersten bedeutsamen Eingemeindungen der Ostorte Reudnitz, Volkmarisdorf &c., die 1889f. erfolgte!

¹²⁷² Cf. Anhang, Tabelle A5: Bevölkerungswachstum Leipzigs.

¹²⁷³ Cf. Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 83 & 85; analytisch ergiebig, z. T. allerdings durch die Belegdaten in mancher These konterkariert: Czok, K.: Vorstädte in Leipzig... (1982); mit einem sehr knappen Überblick auch: Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 32 & 76.

¹²⁷⁴ Zit. nach der Wiedergabe bei: Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 74, Anm. 3.

¹²⁷⁵ Cf. Pokiser, A.: Armendirektion in Berliner Magistrats... (1988).

¹²⁷⁶ Ein zeitgenössischer Hinweis zur fragmentarischen Quellenlage im Akutbereich in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 147.

sich dann der Gründungszeitpunkt des Leipziger Samaritervereins nicht mehr als so retardiert dar – vielmehr wäre hier Berlin die Ausnahme.¹²⁷⁷ Unter 15 dt. Großstädten verzeichnet Leipzig z. B. zwischen 1875–90 eine maximale Bevölkerungs-Zuwachsrates von 131 % und liegt erst für die Zeit bis 1910 um 10 Punkte unter dem arithm. Mittelwert aller Städte.¹²⁷⁸ Die Mehrzahl der Vergleichsstädte weist aber eine noch weiter nach hinten verlagerte Agglomerationsentwicklung auf; allein Berlin verzeichnet im gesamten Zeitraum negative Zuwachsrates auf zudem niedrigem Ausgangsniveau: hier ist der Schwerpunkt der quantitativen Entwicklung schon mit den Eingemeindungen der 1860er Jahre abgeschlossen und angesichts der bestehenden Verflechtungen nur noch als „formaler Akt“¹²⁷⁹ vollzogen worden.¹²⁸⁰ Während zu Beginn unseres Untersuchungszeitraumes die ehemaligen Vorstädte des inneren Ringes von Berlin also schon zur offiziellen Stadtgemeinde zählten, stehen ähnliche Prozesse in Leipzig erst noch bevor. Dabei werden die Vororte Leipzigs als Arbeitskräftereservoir wie als Nachfragefaktor immer wieder hervorgehoben.¹²⁸¹ In diesen Vororten leben z. B. in den 1860er Jahren etwa 30% der quasi-städtischen Bevölkerung, von 55 Betrieben befanden sich 1871 41 außerhalb Alt-Leipzigs.¹²⁸² Kurz vor der mehrheitlichen Eingemeindung dieser Gebiete im Zeitraum 1889–92, dem bis dahin umfangreichsten Eingemeindungsprojekt in Deutschland,¹²⁸³ finden wir noch einmal einen deutlichen Schub der Bevölkerungsumverteilung, der die Eingemeindung schließlich als zwar umstrittene aber plausible Konsequenz bestehender infrastruktureller Verhältnisse und Anforderungen an den Wirtschaftsstandort Leipzig kennzeichnet¹²⁸⁴: Zwischen 1885 und 1890 steigt die Einwohnerzahl im alten Zentrum nur um 9000, „während die Vororte, die zur Eingemeindung gelangten, um fast 50.000 Einwohner zugenommen“¹²⁸⁵ haben. In den folgenden fünf Jahren ist der Scheitelpunkt überschritten: die bisherigen Vororte verzeichnen nun erstmals mehr Bevölkerung als Alt-Leipzig; die Stadt vollzieht damit den Weg zur City-Bildung, mit der das Zentrum wohl der Arbeits- und Handels-, nicht aber mehr der Wohnbevölkerung Raum bietet: Schon 1875 hat die Zahl der nach Anstellungsverhältnissen in der Altstadt Tätigen die Zahl der Wohnbevölkerung

¹²⁷⁷ In Hamburg entstand in privater Initiative erst 1888 eine Sanitätswache, ähnliche Institute folgten z. B. 1891 in Frankfurt/M. und 1894 in München. Cf. Assmus, C.: Über Sanitätswachen... (1898), S. 2.

¹²⁷⁸ Cf. die Angaben in: Hohorst, G. et al.: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch..., Bd. 2 (1975), S. 45. Hohorst et al. verzeichnen 21 Städte.

¹²⁷⁹ Thienel, I.: Städtewachstum Beispiel Berlin... (1973), S. 197.

¹²⁸⁰ Zwischen 1875 und 1890 verzeichnet Berlin „nur“ eine Gesamtzuwachsrate von rd. 64%, danach nur noch ca. 30%; cf. Hohorst, G. et al.: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch..., Bd. 2 (1975), S. 45.

¹²⁸¹ Cf. Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 33ff.; bes. Czok, K.: Vorstädte in Leipzig... (1982); Pontow, K.: Kommunalpolitik in Leipzig... (1981).

¹²⁸² Cf. Czok, K.: Vorstädte in Leipzig... (1982), S. 129 mit Verweis auf die Arbeit von E. Schumann.

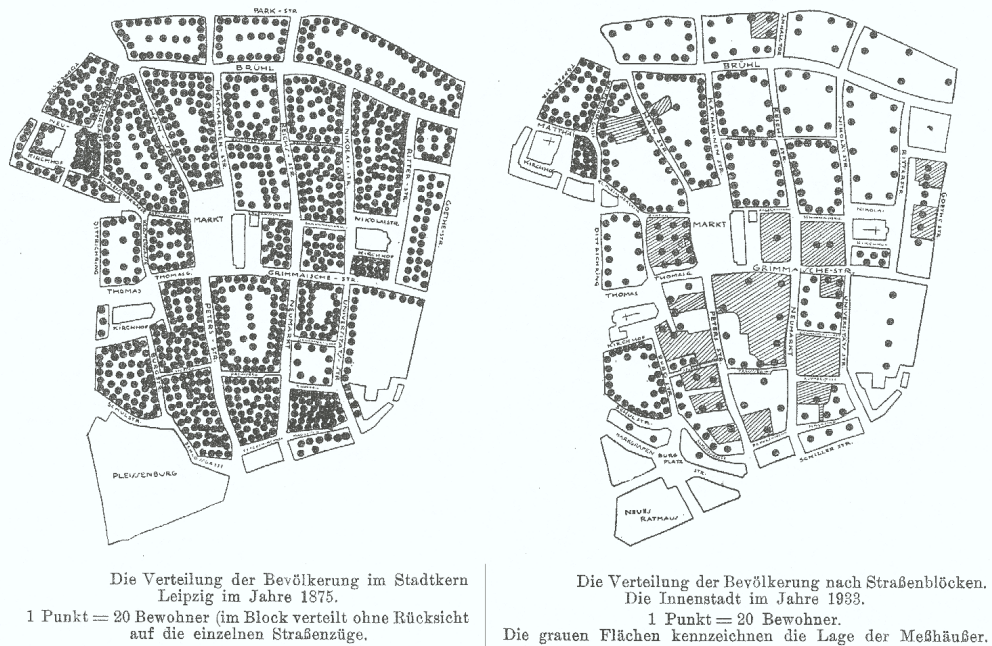
¹²⁸³ Cf. Pontow, K.: Kommunalpolitik in Leipzig... (1981), S. 87.

¹²⁸⁴ Cf. für die Entwicklung im frühen 19. Jhd.: Haupt, R.: Bevölkerung Leipzigs... (1937), S. 19f. Zur befürwortenden Argumentation von Rat und Oberbürgermeister gegenüber den wiederholten Eingemeindungsersuchen von Reudnitz, Gohlis &c. cf. Pontow, K.: Kommunalpolitik in Leipzig... (1981) und das darin nachgewiesene Aktenmaterial (z. B. Ebda., S. 99f.).

¹²⁸⁵ Schulze, G.: Entwicklung der Industrie Leipzigs... (1958), S. 53. Erstmals liegt in diesem Zeitraum auch der intrinsische Zuwachs durch Geburtenüberschuß über der Einwanderungszahl. Cf. Haupt, R.: Bevölkerung Leipzigs... (1937), S. 36 mit einem Überblick v. 1871–1933.

mit rd. 5000 Personen um 21,3% übertroffen.¹²⁸⁶ Nach einer schematisierenden Darstellung bei Haupt finden wir folgende Veränderung vor:¹²⁸⁷

Grafik 4: Bevölkerung-Abwanderung aus dem Zentrum Leipzigs 1875–1933



Wenn wir uns später (S. 300ff.) den ersten Einsatzfeldern des Samaritervereins zuwenden, wird deutlich werden, daß der zunächst gewonnene Eindruck fehlender Zusammenhänge zwischen Bevölkerungsentwicklung, Lokalisation und Engagement im Akutbereich tatsächlich weitgehend zeitlich verschoben, aber grundsätzlich nachweisbar ist. In solchen Zusammenhängen wird dann noch exemplarisch genauer über die Bevölkerungsentwicklung und soziale Situation der unmittelbar an den Stadtkern angrenzenden Gebiete zu sprechen sein; hier ergibt sich z. B. gegenüber dem anfangs verhältnismäßig autonomen Versorgungsgeschehen in den Berliner Vorstädten eine deutlichere Anbindung an das Zentrum, die auch schon wegen der weitaus geringeren räumlichen Distanzen leichter herstellbar ist.

Medizinische Akteure

Die Akteure, die uns mit dem Samariterverein entgegentreten, und ihre Organisationsform erscheinen als der eigentliche Grund, im Kontrast zu Berlin von einem Leipziger Modell zu sprechen.¹²⁸⁸

Im Gesundheitsausschuß der Stadt hat man von der Gründung des Samaritervereines erst spät Kenntnis genommen. Auch aus anderen Quellen sind wir über die unmittelbar im

¹²⁸⁶ Cf. Haupt, R.: Bevölkerung Leipzigs... (1937), S. 31f.

¹²⁸⁷ Grafikwiedergabe nach Ebda., S. 72. (Anordnung der Grafiken vertauscht; JG.) Haupt hat hier die kaum brauchbare amtliche Darstellung überarbeitet. Leider bietet er nur die Endpunkte 1875 und 1933. Ein knapper Überblick der Integrationsvorgänge bis zur jüngsten Gegenwart mit schematischer Gebiets-Grafik bei: Hillert, O.: Leipziger Eingemeindungspolitik... (1998).

¹²⁸⁸ Schon der Verein selber pflegte gerne diesen Eindruck, ging allerdings dabei an bekannten Fakten vorbei; dazu gehört z. B. die noch 1908 publizierte Darstellung, es habe für die Tätigkeit „bis dahin gar kein Vorbild in anderen Städten“ gegeben (Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 1.)

Vorfeld dieser Initiative getroffenen Einrichtungen nur oberflächlich informiert, so daß wieder stark personale Akteure in die Darstellung einfließen. Während wir für Berlin nicht sicher haben feststellen können, welche Rolle den Ärzten als später dominierenden professionellen Funktionsträgern bei der Schaffung freiwilliger Hilfsinstitute zukam, liegt dieser Aspekt für Leipzig in drei Richtungen recht offenbar. Hier sind es in erster Linie praktizierende Mediziner, die zur Gründung einer Hilfseinrichtung aufrufen.

Federführend ist der erwähnte Stabs- und Regimentsarzt G. A. Rühlemann, der wenig später bereits zu den exponierten Ärzten des sächsischen Roten Kreuzes zählt.¹²⁸⁹ Nach dem Vereinsbericht war Rühlemann durch Presseberichte über Esmarchs Initiative zur Vereinsgründung angeregt worden, praktizierte aber im Rahmen seiner militärärztlichen Tätigkeit schon „seit Jahren“ die Ausbildung von Krankenträgern in der örtlichen Garnison.¹²⁹⁰ Auffällig ist hier also der „Krebs“ von Zeitpunkt und Funktionsrolle: Während in Berlin sofort nach Gründung der internationalen Hilfsvereine erste, jedoch nur ehrenamtlich-bezirksorientierte Initiativen zu registrieren sind, etabliert sich im hiesigen städtischen Umfeld die Rotkreuz-Idee erst ein reichliches Jahrzehnt später (wobei jedoch Sachsen einer der ersten Staaten war, der die Konvention unterstützt hatte); dieses späte Engagement wird nun aber sofort von Berufsmedizinern geleitet, die sich der nichtprofessionellen ehrenamtlichen Mitarbeit der anderen Mitglieder versichern. Zweiter Leitender Arzt, der seit der Versetzung Rühlemanns bis zu seinem Tod 1901 den Vorsitz übernimmt, ist der Landwehrarzt d.R., Karl Assmus. Vermutlich ist er erst über die Anzeige des sonst in Leipzig „wenig bekannten“ Rühlemann an der Gründung beteiligt worden, vielleicht stand er aber auch schon vorher mit ihm in Kontakt.

Fast vollständig erhalten geblieben ist die Mitgliederliste der erweiterten Gründungskommission von 1884.¹²⁹¹ Besonders im Vergleich zu dem von Berlin erhaltenen Material und der an späterer Stelle noch folgenden Skizze der Sozialstruktur der einfachen Vereinsmitglieder ist das hier geführte Berufs- bzw. Schichtspektrum bemerkenswert. Im Zusammenhang mit dem Bericht über die Gründung können wir hier nachvollziehen, wie umfassend es dem Stabsarzt gelingt, die städtische Honoratiorenschaft nach professioneller und sozialer Funktion in das Vorhaben einzubinden. Die Initialkommission incl. Vorstand zählt 46 Mitglieder.¹²⁹² Darunter sind nach Schicht zugehörig:

¹²⁸⁹ Rühlemann wurde 1887 in die Dresdener Garnison versetzt und übernahm dort die Leitung des sächsischen Landes-Samariterverbandes. Nach der Jahrhundertwende verfaßte er ein vom Zentralkomitee des RK in mehrfacher Auflage verbreitetes Kompendium zur Verbandslehre im Krieg. Cf. Bomsdorff, v.: Entwicklung der Sanitätskolonnen... (1908), S. 74; die Erstauflage: Rühlemann, [G. A.]: Unterrichtsbuch für Sanitätskolonnen... (1905).

¹²⁹⁰ Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 5.

¹²⁹¹ Im Bericht wird „1 Dame“ als teilnehmend erwähnt; sie ist jedoch im Mgl.-Verzeichnis nicht mehr namentlich aufgeführt. Cf. zum Sachverhalt: Hobsbawm, E.J.: Kultur und Geschlecht... (1988), S. 176.

¹²⁹² Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), abschl. Anhang.

Tabelle 14: Soziale Schichtung im Gründungskomitee des Samaritervereins

Anzahl	Schichtzuordnung ¹²⁹³	Bemerkungen	%
7	Besitzbürgertum (Bankdirektoren, Privatis &c.)		15,2
30	Bildungsbürgertum (Höhere Beamte (auch Militär)), freie Berufe (Ärzte, Rechtsanwälte)	Ärzte sind (nur) 4 mal vertreten	65,2
9	Alter Mittelstand	5 mal kaufmännisches und 4 mal Buchdruck-Gewerbe	19,6
0	Neuer Mittelstand (incl. Subalternbeamte), techn. Berufe (Expedienten, Laboranten, Ingenieure &c.)		0
0	Labouring Poor		0

Vergleichen wir dieses Spektrum mit zwei Berliner Listen:¹²⁹⁴ Von 34 Personen der Sanitätswache Louisenstadt sind dort 11 dem Besitzbürgertum angehörig, 14 zählen zum alten Mittelstand. Bildungsbürgertum und Neuer Mittelstand sind mit jew. 4 Angehörigen vertreten – erstere also deutlich weniger als im Rühlemannschen Unternehmen! Das etwas distinguierter wirkende Verzeichnis der leitenden Angehörigen des Berliner Rot-Kreuz-Vereins reicht an die Verteilung der Leipziger Initiative schon eher heran – die Werte sind wegen der geringen Fallzahl allerdings mit Vorbehalt zu sehen.¹²⁹⁵ Deckungsgleichheit besteht beim Prozent-Wert des Alten Mittelstandes, der in Leipzig wie beim Berliner Verein bei ca. 21 liegt. Auffällig ist jedoch, daß Angehörige der Labouring Poor oder der Unterschichten überhaupt nicht vertreten sind. Stärker noch als in Berlin scheint das Engagement sich hier aus dem klassischen Stadtbürgertum zu rekrutieren, eine Bestätigung vielleicht auch für die schon betonte soziale Segregation nach den Vorstädten hin, durch die die Wahrscheinlichkeit einer Beteiligung von Labouring Poor an einer kernstädtischen Initiative abnimmt. Das Übergewicht liegt, weit ausgeprägter als in den Vergleichsgruppen, in Leipzig auf dem großbürgerlichen Honoratorentum. Dabei sind Ärzte nur in verhältnismäßig geringer Zahl vertreten, und auch Mitglieder des Militärs sind, wenn wir den Initiator Rühlemann ausnehmen, überhaupt nur in einem Fall registriert.¹²⁹⁶ Von einer besonderen Nähe¹²⁹⁷ zum Militär ist also zu diesem Zeitpunkt auf der Binnenebene weder in den Berliner noch in der Leipziger Samariterinitiative etwas festzustellen.¹²⁹⁸ Dies ist nicht zuletzt deshalb auffällig, weil doch die Vereinsorganisation und ihre Integration

¹²⁹³ Das Schema der Zuordnung lehnt sich an die Klassifizierung, die Konrad H. Jarausch 1976 vorgestellt hat; cf.: Ders.: *German Student Unrest...* (1976), Annex, Table 1. Die von ihm ebda. verwendete Kategorie „Proletariat“ haben wir durch den uns angemessener erscheinenden Oberbegriff der „Labouring Poor“ ersetzt. Cf. Labisch, A.; Spree, R.: *Kommunalisierung...* (1995), S. 8–10.

¹²⁹⁴ Eingehend besprochen wird der Verein in Kap. II, S. 141ff.. Die Liste in: **LAB**, A Rep. 000-02-01, Nr. **1816**, o. Pag. (Bericht der Sanitätswache [...] „Görlitzer Bahnhof“ zum 1. Sept. 1886).

¹²⁹⁵ Die Prozentwerte betragen (nach Schichtzuordnung): (1): 25; (2): 38; (3): 21; (4): 16.

¹²⁹⁶ Es handelt sich um einen Generalleutnant als Ehrenmitglied.

¹²⁹⁷ Damit ist eine über das zeitüblich Maß in den Quellen dokumentierte Affinität gemeint. Daß die formalpraktische Tätigkeit des Samaritervereins paramilitärisches Gepräge annehmen kann, erscheint geradezu selbstverständlich, bedeutet aber deshalb noch keine Koppelung etwa mit der Vereinsorganisation des Roten Kreuzes. Zu deren Nebeneinanderher cf. S. 325ff.

¹²⁹⁸ Rühlemanns berufliche Doppelfunktion bewirkt zunächst kaum mehr als eine gewöhnliche Verbindung honoris causa mit der Organisation des Roten Kreuzes.

militärischer Funktionen inzwischen wesentlich fortgeschritten ist.¹²⁹⁹ Auch in späteren Jahren verläuft die Bindung an die Vereinsorganisation des Roten Kreuzes im wesentlichen nur potentialbildend und situativ.¹³⁰⁰

Daß das Gründungskomitee des Samaritervereins über eine recht geringe Zahl an Ärzten verfügt, ist nur deshalb bemerkenswert, weil es sich ja, im Unterschied zu den Berliner Beispielen der 1870er und 1880er Jahre, um eine ärztliche Initiative handelt und approbierte Mediziner in der gesamten Vereinsgeschichte eine maßgebliche Rolle spielen. Zu den wichtigsten Aspekten des Leipziger Beispiels gehört deshalb die Frage, welche Strategien entwickelt wurden, die örtliche Ärzteschaft und die Zielvorgaben des Samaritervereins miteinander in Einklang zu bringen, und welche Voraussetzungen im Unterschied zu Berlin sich produktiv oder hemmend auswirkten. An dieser Stelle wollen wir zunächst nur die Position der ärztlichen Vertreter im Vereinsgeschehen und im Bezug zur allgemeinen Ärzteschaft näher skizzieren. Der Konflikt im Gesamtrahmen wird erst Gegenstand des nächsten Abschnittes sein (S. 287ff.)

Zum Gründungszeitpunkt des Vereins zählt Leipzig etwa 190 Ärzte, von denen ca. 100 frei praktizieren.¹³⁰¹ Der Samariterverein beschäftigt in von 1882–84 insgesamt 13 Ärzte, darunter einen Stadtrat a. D. und einen Dozenten der Universität, bei den übrigen handelt es sich in der Regel um einfache praktische Ärzte. Im Hinblick auf die Integrations- und Konfliktgeschichte des Vereins ist es auffällig, daß jeder dieser Mediziner Mitglied im Ärzteverein der Stadt oder des Bezirkes Leipzig-Land ist.¹³⁰² Auch Rühlemann und Assmus treten mit der Initiative nicht extern, sondern zum Teil im Zusammenhang mit Beratungen innerhalb der Standesvereine auf (diese Beratungen sind allerdings nicht mehr im Wortlaut überliefert). Das Bild einer weitgehenden Übereinstimmung von Mitgliedschaft im Samariterverein und Organisation in der Standesvertretung ergibt sich auch für den Zeitraum bis ca. 1910. Von ca. 117 Ärzten, die uns in unserem Zusammenhang bis dahin namentlich begegnen,¹³⁰³ finden wir 49, die erkennbar aktiv den Aufbau des Samaritervereins fördern. Von diesen sind nachweislich 34 in den örtlichen Ärztevereinen (Stadt oder

¹²⁹⁹ Cf. den Exkurs zum Roten Kreuz, S. 96ff.

¹³⁰⁰ Erstmals praktisch kooperieren der Samariter-Verein und Rot-Kreuz-Kolonne 1896 während der Sächsisch-Thüringischen Industrie- und Gewerbeausstellung, da der Samariter-Verein allein nicht genügend Personal bereitstellen kann. 42 Mgl. der San-Kolonne leisten Dienst. (Cf. den Bericht über die Gründung der Leipziger RK-Kolonne, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 472.); über situative Beteiligungen meist repräsentativer Art an Veranstaltungen des Roten Kreuzes gibt eine Zusammenstellung des Vereins Auskunft: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 62–65. Der erste Unterrichtskurs für Mitglieder des Roten Kreuzes wird vom späteren Vereinsvorsitzenden, Stabsarzt Düms, im Juni 1891 im „Evangelischen Vereinshaus“ (cf. auch Kap. 5, S. 391!) begonnen. Die personelle Doppelfunktion von Düms hat aber auf die formal-organisatorische Zusammenarbeit keinen nachhaltigen Einfluß, beide Vereine bleiben weitgehend unabhängig; zeitweilig kommt es auf übergeordneter Ebene sogar zur Konfrontation (cf. den Exkurs zum Roten Kreuz).

¹³⁰¹ Cf. Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (1886), S. 660; hier sind für 1885 196 Zivilärzte ausgewiesen; von diesen sind 122 nicht an der Universität oder im Krankenhaus beschäftigt. Das Statistische JB für 1914 nennt für 1885 eine Zahl von 206 praktischen Ärzten. (Statistisches Jahrbuch Leipzig... (1914), S. 114.) Zahlen für das Jahr 1882 liegen nicht vor. Die ungefähre Zahl der frei praktizierenden Ärzte für 1882 geht aus einem Schreiben im Kontext der Gründung des Samaritervereins hervor.

¹³⁰² Die Mitgliedschaft der ansässigen Ärzte ist im Adreßbuch von 1887 ausgewiesen und wurde danach auch für das Gründungsjahr 1882/83 vorausgesetzt. (Cf. Adressbuch Leipzig... (1887), Abschn. II, S. 187ff.)

¹³⁰³ Dieser Sachverhalt bedeutet nicht, daß die Personen tatsächlich mit der Vereinsarbeit Berührung gehabt hätten; es handelt sich um eine nach der Kenntnisnahme der Quellen auch willkürliche Registrierung z. T. von Namen, die eher im allgemeinen Zusammenhang der Leipziger Medizingeschichte Bedeutung erlangten.

Land) vertreten. Gegenüber dem allgemeinen Organisationsgrad der lokalen Ärzteschaft ist dies ein auffällig hoher Wert: Zwar sind Angaben für 1885 nicht vorhanden, einen Anhaltspunkt bietet aber das Jahr 1890, in dem der Anteil der allgemein in den Ärztevereinen vertretenen Mediziner bei ca. 60% liegt.¹³⁰⁴

Neben der Ärzteschaft sind Vertreter der Leipziger Bürgerschaft mit städtischen Ämtern am Aufbau des Vereins maßgeblich beteiligt; ihr Anteil am aktiven „Verwaltungsstab“ des Vereins ist, wie wir in der Tabelle auf S. 284 schon angedeutet haben, hoch. Wenn auch die Konzeption der Arbeit den beiden leitenden Ärzten obliegt, werden die professionellen Kenntnisse der nichtärztlichen Kommissionsmitglieder wesentlich für den erfolgreichen Aufbau der Vereinsarbeit genutzt. So ist z. B. die Buchführung des Vereins vom ersten Berichtsjahr an sehr detailliert; das Amt des Kassenvartes üben zunächst ein Justizrat und ein Kaufmann aus¹³⁰⁵, eine besondere Revisionskommission besteht regelmäßig aus Kaufleuten, Bankbeschäftigten, auch ein vereidigter Wechselmakler („Sensal“) ist darunter. Das Institut der Revisionskommission erweist sich denn auch in der Verhandlungsführung mit der Stadt um Bezuschussung schnell als wirksam, ein hinreichendes Maß an Neutralität zu repräsentieren, um die Investitionsvorhaben der ärztlichen Leitung gerechtfertigt erscheinen zu lassen.¹³⁰⁶

Es ist wahrscheinlich, daß die exakte Belegführung der Buchhaltung dazu beigetragen hat, den Verein über eine Ende der 1890er Jahre drohende Insolvenz hinüberzuretten. Die bis dahin gelieferten Ausgaben- und Tätigkeitsnachweise bildeten für die Befürworter im Rat und im Stadtverordnetenplenum die Argumentationsgrundlage, eine faktische Teilkommunalisierung auf dem Wege einer jährlichen Bürgerschaft zu veranlassen.¹³⁰⁷

Frühe Fürsprache durch städtische Vertreter gewinnt Rühlemann aber auch in der Person des Feuerwehrvorstehers, des Polizeidirektors und des Leipziger Oberbürgermeisters. Die beiden ersteren übernehmen von der Gründung ab das Amt des Sekretärs in der ersten Kommission für die Sanitätswache; zum Schriftführern des Gesamtvereins werden gewählt der Reichsgerichtsrat Dreyer und der Diakon zu St. Nikolai, v. Criegern, der bis ins 20. Jahrhundert hinein eine bemerkenswerte Verbindung von bürgerlichem Wohltätigkeitsengagement, protestantischem Patriotismus und militärischer Formationsliebe im Lokalverein des Roten Kreuzes verkörpert. Criegern übernimmt bei allen Wacheneröffnungen und regelmäßig bei Übungen des Roten Kreuzes die symbolisch-sakralen Rahmenhandlungen.¹³⁰⁸

Die ärztlichen Kontrahenten des Vereins sind zahlenmäßig schwach vertreten (besitzen aber zeitweilig erhebliches politisches Gewicht): Im Untersuchungszeitraum finden sich in

¹³⁰⁴ Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 299. Der Organisationsgrad entsprach damit ungefähr dem reichsweiten Durchschnitt des Ärztevereinsbundes; cf. Huerkamp, Cl.: Aufstieg der Ärzte... (1985), S. 250f.

¹³⁰⁵ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), Anhang; vergleichbar alle Berichte für die Folgejahre.

¹³⁰⁶ Cf. die Denkschrift des Vereins auf städtische Kritik an der Haushaltsplanung in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Beilage 1, Pag. 11–15.

¹³⁰⁷ Cf. Schreiben des Samaritervereins an den Rat der Stadt Leipzig v. 3.11.1897, in: Dass., Nr. 86, Bd. 2, Pag. 135–37v.; Protokoll der Stadtverordneten-Sitzung v. 15.12.1897, in: Ebda., Pag. 161.

¹³⁰⁸ Cf. die Berichte über die Tätigkeit der Rot-Kreuz-Kolonnen in: Dass., Nr. 472, o. Pag., S.10 und: n.n.: Freiwillige Sanitätskolonne vom Roten Kreuz... (1906); ferner: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 258r. Der Divisionspfarrer ist namensverwandt mit dem späteren Kolonnenarzt des Roten Kreuzes.

den Quellen nur neun Ärzte, die sich dezidiert gegen den Samariterverein aussprechen, sieben von ihnen sind in der Standesvertretung organisiert.¹³⁰⁹ Diese Sachlage muß im Auge behalten werden, wenn von den zeitgenössischen Berichten über Widerstand gegen den Samariterverein die Rede ist. Aus den Berichten selbst ergibt sich häufig das Bild einer starken Opposition; für die Anfangszeit tritt dies im politischen Kontext zwar zu, insgesamt wird die Behauptung angesichts der Zahlenverhältnisse aber fragwürdig.

IV.2 Gründung der Leipziger Sanitätswachen auf dem örtlichen Gesundheitsmarkt: Notfallversorgung zwischen Gemeinsinn, Professionalität und Pfuschereivorwurf

Als Rühlemann nach seiner Anfrage im Stadtrat im Frühsommer 1882 erste Versuche unternimmt, Lehrkurse zur Ausbildung von Samaritern zu veranstalten, interessiert sich augenscheinlich keineswegs nur das Leserpublikum des Leipziger Tageblattes für die Annonce. Wenn wir den Gründungsvorgang zeitlich rekapitulieren, versetzt die Initiative die organisierte örtliche Ärzteschaft in einige Unruhe. Kurz nach der Erstversammlung der Interessentengemeinschaft von Rühlemann im Eldorado am 6. Juni setzt nämlich unvermittelt der städtische Polizeiarzt Carl Reclam als Mitglied des Standesvereins eine Diskussion über die Bereitstellung nächtlicher Hilfeleistung von Ärzten in Gang. Damit wird erstmals für Leipzig aktenkundig, was in Berlin seit über 10 Jahren Gegenstand der Debatte ist: Plötzlich hält Reclam es für angebracht, dem Ortsgesundheitsausschuß mitzuteilen, er sei „bei seiner amtlichen Thätigkeit wiederholt in der Lage gewesen zu beobachten, daß Kranke, selbst in dringenden Fällen, während der Nachtzeit Stunden lang auf ärztliche Hilfe harren mußten, bis man sich entschloß, die Hilfe des ‚Polizeiarztes‘ anzurufen.“¹³¹⁰ Daß Rühlemann vorhat, ein Unternehmen gegen genau diesen Übelstand ins Leben zu rufen, müßte Reclam gelegen kommen – doch das Gegenteil ist der Fall. Er gehört sofort zu den entschiedenen Gegnern dieser Initiative; die aus England adaptierte Samariterbewegung verspottet er gar als „einen vielfach zur Schau getragenen Gefühls-sport hysterischer Frauen und Männer, welcher nicht weit abläge von von einem Strumpfstrickverein für Kaffernkinder“¹³¹¹. Daß einer seiner Dienstvorgesetzten, der Polizeidirektor Bretschneider, zu den Unterstützern Rühlemanns gehört, macht die Angelegenheit nicht einfacher. Reclam setzt sich mit Bretschneiders Kollegen Richter in Verbindung und erwirkt von ihm die Zustimmung, sich einer Regelung ärztlicher Nachthilfe nicht verschließen zu wollen.¹³¹² Der Antrag, das Problem „in einer den Bedürfnissen der Hilfesuchenden und den berechtigten Ansprüchen der Ärzte entsprechenden Weise“ zu regeln, findet am 20. Juni die Unterstützung des städtischen Ärztevereins; Reclam, Otto

¹³⁰⁹ Eine Rechtfertigungsschrift von Assmus u.a. spricht, ohne Namen, von „15 bekannten ärztlichen Gegnern“. (Dass., Nr. 86, Beiheft, Pag. 14r.) Unter diesen sind u.a. nachweislich Otto Heubner, Franz Adolph Hofmann, Wilh. Moldenhauer, Carl Reclam, Friedrich Trendelenburg und Ernst Leberecht Wagner. Die Zuordnung zur Standesvertretung orientiert sich an den Angaben in den Adressbüchern für 1887, 1901 und 1909.

¹³¹⁰ Eingabe von Reclam und Hofmann an den städtischen Gesundheitsausschuß v. 25.6.1882, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 2r–v (Hervorh. orig.).

¹³¹¹ Zit. nach: Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 16. Das dortige Zitat stammt vermutlich aus einem Beitrag Reclams in der Zeitschrift „Über Land und Meer“, die sich seit 1866 wiederholt den Ideen der Rot-Kreuz-Bewegung widmete; cf. auch: Gumpert, M.: Dunant... (1938), S. 283.

¹³¹² Richter zählt gleichwohl ebenfalls zu den Unterstützern des Samaritervereins; cf. das Schreiben v. 8.7.1882, in: Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 21f.

Heubner und Franz Adolph Hofmann¹³¹³ werden beauftragt, die politische Vertretung zu übernehmen.¹³¹⁴ Leitende Ärzte der Stadt reagieren also unmittelbar mit einem Konkurrenzunternehmen, das in den ersten Monaten groteske Züge annimmt. Wenn einer der Ärzte des Samaritervereins später diesbzüglich von einer „Comödie“ sprach, scheint das noch versöhnlich geurteilt.¹³¹⁵ Die Disparitäten der Entwicklung eignen sich aber, noch deutlicher als in Berlin die Mängel der Initiativen für ärztliche Nachhilfe gegenüber der Samaritervereinigung darzustellen:

Reclam hatte vor, ein Verfahren auch in Leipzig einzuführen, das in mehreren Städten Europas unterschiedlich intensiv praktiziert als „Pariser System“ bezeichnet wurde.¹³¹⁶ Dabei sollten, meist in Polizeirevieren, „Tafeln aufgehängt [werden], auf denen Namen, Straße und das geforderte Honorar für einen Besuch zur Nachtzeit von solchen Ärzten verzeichnet ist, die in der Nähe der betreffenden Stelle wohnen.“¹³¹⁷ Die Stadt sollte gegenüber dem Arzt eine Ausfallgarantie für die Kosten der Hilfeleistung übernehmen. Es ist bemerkenswert, daß der Ärzteverein sich auf den Versuch einließ, ein solches Vorgehen bei den städtischen Vertretern zu beantragen; es hätte bekannt sein können, welche Unzulänglichkeiten mit einem deartigen Verfahren bereits in Berlin verbunden gewesen waren. Nachdem aber das Reclamsche Vorhaben noch Ende Juni zum Gegenstand im Gesundheitsausschuß geworden war, bildeten er, Volkmann und Heubner eine Subkommission zur Umsetzung der neuen Einrichtung. Der Gesamtverlauf dieser Aktion erscheint einigermaßen merkwürdig: sie verlief zeitraubend, ineffektiv – und ausgesprochen halbherzig. Die drei Delegierten einigten sich zunächst darauf, ein Schreiben an 105 praktizierende Ärzte aufzusetzen, um die Zahl der grundsätzlich nachtdienstbereiten Kollegen zu ermitteln und dann mit der Stadt über die so wesentliche wie im Kern strittige Frage der Honorierung zu verhandeln.¹³¹⁸ Das war am 11. Juli 1882, fast genau einen Monat nach Gründung der Rühlemannschen Initiative. Die nächsten Monate gab es jedoch in dieser Angelegenheit überhaupt keine Entwicklung mehr. Beendet war sie dennoch nicht – im Gegenteil. Bisher hatten Reclam, Heubner und Hofmann als Beauftragte des Ärztevereins Leipzig Stadt es geradezu vermieden, auf die Leistungen des Samaritervereins zu kaprizieren. Dessen Tätigkeit war aber inzwischen im Begriff, sich merklich zu entfalten. Zunächst hatte Rühlemann, wie angekündigt, nur einige Samariterkurse zur Ausbildung von Feuerwehr und Schutzpolizei durchgeführt, und hatte hierzu bereits im August 1882 den Rat zu einer ersten Abschlußprüfung eingeladen. Es mag sein, daß diese reine Ausbildungstätigkeit, die sich ja auf ärztliche Dienstleistungen nicht bezog, Gegner wie Reclam et al. zunächst beruhigte, und sie deshalb ihre Agitation während des zweiten Halbjahres im Rat

¹³¹³ Zu Person und Wirken cf.: Kästner, I.; Thom, A. (Hg.): Medizinische Fakultät Leipzig... (1990), S. 68ff.

¹³¹⁴ Die Beauftragung Hofmanns geht aus einem Schreiben Reclams hervor. In Erscheinung treten jedoch nur Reclam und Heubner.

¹³¹⁵ Cf. Kormann, M.: Die Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 5.

¹³¹⁶ Ein Überblick bei: Damico, F.: Organisation du service... (1895) und Mauger, A.: L'Organisation du secours... (1905).

¹³¹⁷ Eingabe von Reclam und Hofmann an den städtischen Gesundheitsausschuß v. 25.6.1882, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 2r–v (Hervorh. orig.).

¹³¹⁸ Die Protokolle &c. dieser Bemühungen sind erhalten geblieben. Unklar bleibt, wie es zu der Zahl von 105 Ärzten kam. Wie aus den Antwortbriefen hervorgeht, zählten einige der Angeschriebenen nicht mehr zu den Praktizierenden. Es ist deshalb wahrscheinlich, daß die Zahl identisch ist mit derjenigen der grundsätzlich in eigener Praxis (also nicht im Krankenhaus oder anderswo angestellter) tätigen, selbständigen Ärzte.

nicht merklich ausbauen. Auch der Ärzteverein war schließlich zur Beobachtung eingeladen worden – Rühlemann und Assmus selbst waren ja Mitglieder der örtlichen Ständesvertretung – und hatte mit Tillmanns, dem Inhaber einer Privatpoliklinik, einen durchaus voreingenommenen Referenten entsandt, der anschließend einräumte, er sei in seiner Gehaltung durch die Prüfungen „nur noch bestärkt worden“¹³¹⁹. Bei der Prüfung im *Eldorado* seien die Aufgaben gestellt worden:

„Auf welche Weise und zu welchem Zwecke atmet der Mensch? 2) Wozu dient das Blut, und auf welche Wiese wird es fortbewegt? [...] 3) Was ist bei einer Verwundung zu verhüten, und was kann der Samariter dabei thun? 4) Wie hat sich der Samariter zu verhalten, wenn er einen Menschen bewusstlos auf der Straße findet?“¹³²⁰ Die Ergebnisse, so referierte Tillmanns, seien „im allgemeinen sehr mangelhaft gewesen, was ja bei der Schwierigkeit des Unterrichtsgegenstandes“ zu erwarten gewesen sei. Ob das den Tatsachen entsprach, läßt sich nicht mehr belegen. Fest stand nur: Mit diesem Bericht gewann der Ärzteverein seine vorläufige Position. Auch hier wurden nun Kassandrarufer laut, die Schleich in seiner Greifswalder Streitschrift so prägnant artikuliert hatte.¹³²¹ Tillmanns gehörte fortan zu den Wortführern der Gegenkampagne und stellte drei Thesen auf, welche die Ständesvertretung mit nur einer Gegenstimme in zwei Zeitungen zum 26. November veröffentlichten ließ.¹³²² Demnach sei die „Ausbildung von Laien für die erste Nothilfe [...] kein fühlbares Bedürfnis“, vielmehr werde die Schulung in ihrer Kürze und Oberflächlichkeit notwendig mehr schaden als nutzen – Prüfungen oder gar „Diplomierungen solcher Schüler“ seien jedenfalls abzulehnen.¹³²³ Leipzig folgte damit im Ganzen der Ärzteschaft Berlins und Dresdens. Die Stimmung war allerdings im Ganzen längst nicht so gereizt wie in der Reichshauptstadt mit ihren untereinander konkurrierenden Ständesvertretungen: Reclam mochte unversöhnlich bleiben, aber sowohl Tillmanns, als auch der Vorsitzende des Vereins, Neubert, anerkannten grundsätzlich den guten Willen der Initiatoren; und der Ärzteverein konzidierte sogar, es sei durchaus sinnvoll, berufsbezogene Ersthilfeausbildung vorzunehmen. Man konnte dies als einen Versuch der gütlichen Einigung auf lokaler Ebene ansehen – falls es einer sein sollte, wurde er wenig später hinfällig. Denn Rühlemann und Assmus hatten sich wohl auf einen Rüffel der Ständesvertretung eingestellt, wollten sich aber auch in Erwartung dessen keineswegs mit der Abhaltung von Kursen für Polizei und Feuerwehr begnügen.¹³²⁴ Im Januar des neuen Jahres wandte sich der 32jährige Assmus an den ihm gewogenen Georgi und bat um Amtshilfe für die Vorbereitung der Einrichtung von Sanitätswachen. Schon vorher war er nach Berlin gereist und hatte sich vom Komitee der Sanitätswachen über die RSK-Wachen unterrichten lassen. Von diesen Vorgängen bekamen die Mitglieder der Subkommission vermutlich Wind – jedenfalls schrieb Volkmann ziemlich unvermittelt Ende Februar an Reclam, das im Juli ’82 vereinbarte Schreiben an Leipzigs Ärzte sei nunmehr(!) von Heubner redigiert worden und könne in Druck. Darin wurde eine Frist bis zum 25. März gesetzt, die Bereitschaft zur Mitar-

¹³¹⁹ Bericht über die Sitzung des Ärztevereins Leipzig-Stadt v. 21.11.1882, in: SÄBL, 34 (1882), S. 5.

¹³²⁰ Ebda.

¹³²¹ Cf. Kap. 2, S. 164.

¹³²² Der Wortlaut in: SÄBL, 34 (1882), S. 6f.

¹³²³ Tatsächlich schaffte der Verein die in § 5 der ersten Satzungen vorgesehene Diplomierung daher schon 1885 ab.

¹³²⁴ Die ausschlaggebende Sitzung des Ärztevereins fand am 20. November 1882 statt; für den 18. November verzeichnet der Bericht des Samaritervereins eine außerordentliche Generalversammlung im Eldorado. (Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 24.)

beit anzuzeigen. Das Echo war ziemlich verheerend. Von 105 angeschriebenen Ärzten antworteten unter Einschluß einer Nachfrist gerade einmal 14, davon 2 vorbehaltlich einer verbindlichen Zusage für das Honorar;¹³²⁵ von den Initiatoren selbst ist nicht bekannt, daß sie sich dem Unternehmen anschließen wollten.

Wie wir noch zeigen werden, standen aber die Ärzte keineswegs exklusiv hinter der Initiative der Subkommission. Zur selben Zeit nämlich hatten Assmus und Rühlemann für den Verein und die Einrichtung einer Wache gegenüber dem Rat stetig Propaganda betrieben. Sehr bald waren alle Polizeiwachen kostenlos mit Verbandmaterial, zum Teil auch mit Tragbahnen ausgestattet worden, und am 13. Februar 1883 – gerade dem Todestag des großen Leipziger Komponisten – teilte man ergebenst dem Rat mit, man hoffe doch sehr „daß das nicht unerhebliche Opfer [...] den Einwohnern dieser Stadt den erwarteten Nutzen spenden möge“¹³²⁶. Derartige sich wiederholende Schmeicheleien gehörten zu einer beliebten Strategie des Vereins, auch beim Leipziger Tageblatt hatte man inzwischen Mitarbeiter gewonnen, die weniger berichteten, als für den Verein ansehnliche Werbung zu betreiben.¹³²⁷ Im Hintergrund wurde stetig verhandelt und Ende März hielt man die Zeit für gekommen, das im Jahr zuvor proklamierte Ziel umzusetzen. Man plane nunmehr, so Assmus an den Rat, die Einrichtung einer zur Nachtzeit ständig besetzten Wache. Von den 11 Ärzten, die sich für die Reclam-Initiative erklärt hatten, waren immerhin 6 nicht zimperlich und ließen sich gleichfalls von Assmus und Rühlemann unter Vertrag nehmen. Mit 13 Bereitschafts-Ärzten, Rühlemann ausgenommen, der nur Kurse halten wollte, gab der Samariterverein bekannt, am 1. Mai in der Hainstraße 14 sein Lokal öffnen zu wollen.

Positionsbildung in- und außerhalb der städtischen Gremien

Die Tatsache, daß dabei erstmals eine Subvention unbestimmter Höhe von der Stadt erbeten wurde, ließ endlich die Konkurrenz von Reclams und Assmus' Unternehmen aktenkundig werden. Hier zeigte sich allerdings, daß alle Vorbereitung und Gratifikation, nicht einmal die Unterstützung durch Georgi und den Polizeidirektor soviel einbrachten wie das Gewicht, das die Vertreter der Reclam-Initiative in den städtischen Gremien besaßen: Assmus und Kollegen hatten nicht einen einzigen Vertreter ihrer Sache im Gesundheitsausschuß. Am Tag der Eröffnung der Wache trat das Kollegium mit neun Mitgliedern zusammen, unter ihnen die ärztlichen Mitglieder Reclam, Franz A. Hofmann als Direktor des Hygiene-Institutes, Otto Heubner, Leiter der Poli- und späterer Direktor der Kinderklinik, Ernst Leberecht Wagner¹³²⁸, Oberarzt am Stadtkrankenhaus und der Stadtbezirksarzt und stellvertretende Vorsitzende des ärztlichen Kreisvereinsausschusses, Hugo Siegel. Zustimmen mochte keiner der Ärzte dem Antrag auf Subvention, das Unternehmen sei zu klein dimensioniert, überflüssig, bei größerer Ausdehnung aber zu teuer und daher der Bürgerschaft nicht zumutbar. So plädierte nur der Stadtverordnete Ruschpler für eine Unterstützung von 1000 RM, wohlwollend flankiert von Georgi, der aber auch nicht

¹³²⁵ Die „Urliste“ mit den Antwortschreiben in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 16–28. Schließlich blieben jedoch nur 11 Ärzte im Bereitschaftsdienst (wer absprang, ist nicht überliefert); cf. Mitteilung des Rates über ärztliche Nachhilfe, Leipziger Nachrichten v. 15.7.1883. Daher wohl diese Zahl auch bei Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 5.

¹³²⁶ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 19v.

¹³²⁷ Cf. die Beilage des Leipziger Tageblattes v. 3.4.1883 mit Bericht über die Leitsätze des Zentralkomitees des Deutschen Samaritervereins; nachgew. im StA-L.

¹³²⁸ Zu Person und Wirken cf.: Weiser, M. (Hg.): Das Leipziger Medizinische Viertel... (1914), S. 66–68; Kästner, I.; Thom, A. (Hg.): Medizinische Fakultät Leipzig... (1990), S. 62ff.

verhindern konnte, das der Gesundheitsausschuß das Ersuchen ablehnte. Erfolg konnte hingegen Reclam verzeichnen. Nachdem er berichtet hatte, ein Dutzend dienstbereite Ärzte für den Nachtdienst gefunden zu haben, beantragte er mit dem Wohlwollen seiner Kollegen Zustimmung zur Garantievergütung von 6,- pro Hilfeleistung; drei Wochen später verhandelte der Rat über die Angelegenheit und schlug dem Parlament schließlich vor, für das Reclamsche Unternehmen zunächst 1000,- RM p.a. zu genehmigen. Das war ein bemerkenswerter Erfolg, der nur noch durch eines überboten werden konnte: in der Stadtverordnetensitzung vom 30. Juni wurde nicht nur die Garantiesumme bestätigt, sondern zugleich die Bitte des Samaritervereins um Subvention abgelehnt.¹³²⁹

Einheitlicher noch als im Berliner Beispiel sehen wir hier die altliberale Haltung vertreten, und zwar auf allen drei Seiten: Der Samariterverein und die städtischen Vertreter, aber auch die gegnerischen Ärzte¹³³⁰ argumentieren für ihre Sache mit den wohlfahrtlich-ehrenamtlichen Topoi der unmittelbaren Bürgerbeteiligung zum Wohle des Ganzen; diese dürfe nicht institutionell in den städtischen Kontenrahmen überführt werden. Daß wir von allen Beteiligten ähnliche Argumentationsmuster entdecken, die komplementär eingesetzt werden, zeigt, daß der liberalistisch-bürgerliche Konsens in den kommunalen Gremien Leipzigs viel größeren Raum zur Verfügung hat als in Berlin: hier stören nicht die modernistischen, auf Kommunalisierung ausgerichteten sozialdemokratischen Konzepte eines Voigtherr, Singer oder Zadek. Während Leipzig allgemein das für Sachsen kennzeichnende Bild einer ausgeprägten politischen Polarisierung und einer gleichzeitig gegenüber sozialdemokratisch-sozialistischen Vereinigungen repressiv agierenden bürgerlich-konservativen politischen Klasse bietet,¹³³¹ artikuliert sich diese Spaltung also hier noch nicht. Die Akteure, auch unsere Sozialstrukturanalyse wird das noch belegen, sind schichtbezogen „unter sich“ und bleiben dies bis weit über den Einzug der SPD ins Stadtparlament hinaus. Sozialreform ist, ähnlich wie bisher die Armenfürsorge, noch immer übergreifend Angelegenheit privater Vereine in ehrenamtlich wohlütigem Engagement. So gehen Reformideen in unserem Bereich bis nach der Jahrhundertwende nirgends erkennbar aus dem Umfeld der Arbeiterbewegung hervor.¹³³² Die Debatte um den Samariterverein, die in Berlin längst auch als Feld der Auseinandersetzung kontrastierender Gesellschaftsmodelle benutzt wird, zeigt sich hier als Veranstaltung, die ganz im Anklang an das überparteilich behauptete Selbstverständnis der Leipziger „Gemeinnützigen Gesellschaft“ geführt wird.¹³³³

Aus dieser Einheit der Argumentation im Konflikt läßt sich zunächst sehen, daß wir es mit einer anscheinend noch geringen Ausdifferenzierung der städtischen Vertreterschaft gegenüber den außerhalb stehenden Interessengruppen zu tun haben, die hier im (Ehren-)amt mitvertreten werden. Wenn Stadtverordnete argumentieren, man müsse erst abwarten, ob der Verein „ausreichende Lebenskeime in sich trage“¹³³⁴, während dieser „nicht den

¹³²⁹ Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 28v–31r & 34v–38v.

¹³³⁰ Hingegen treten die eigentlich dienstbereiten Ärzte selbst nicht in Erscheinung.

¹³³¹ Cf. mit einem Literaturüberblick: Brandmann, P.: Leipzig... (1998), bes. S. 36ff.; Brandmann übernimmt allerdings auch kritiklos die stark gefärbte Diktion v. Hartmut Zwahr, z. B. ebda., S. 41, die an anderer Stelle nur von Horst Thieme überboten wird (cf. Ders.; Czok, K. (Hg.): Leipzig... (1978), S. 30–60).

¹³³² Nach den gegenteiligen Quellenbelegen (cf. Tabelle 15) erscheint daher z. B. aus der Luft gegriffen Michael Burghardts Darstellung, es habe sich bei den aktiven Samaritern „fast ausschließlich um Arbeiter und kleinere Angestellte“ gehandelt. (Ders.: Außerklinische Notfallversorgung... (1987), S. 794.)

¹³³³ Cf. Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 42ff.

¹³³⁴ Stadtverordnetensitzung v. 30.6.1883, Stellungnahme StV. Hermann, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 31r–36v.

bequemen Weg einschlagen [dürfe], daß er sich an die Stadt um Hilfe wende“¹³³⁵, entsprach dies noch der zeitgleich in Berlin vertretenen Anschauung. Gleichzeitig kann es jedoch auch vorkommen, daß ein nichtärztliches Mitglied der Stadtverordneten mit dem Argument der zunehmenden fachlichen Spezialisierung in der Medizin argumentiert, die es als bedenklich erscheinen lasse, einer Institutionalisierung des Laienelementes das Wort zu reden.¹³³⁶ Und umgekehrt vertreten wieder die Ärzte eine Argumentation der politischen Klasse: Nahezu alle Mitglieder des Gesundheitsausschusses, die im Plenum vorsprechen, vertreten eine allgemeinheitensbezogene, kostenorientierte Argumentation, die nur in Ausnahmefällen erkennbar auf medizinische Argumente rekurriert. Das heißt nicht, daß diese nicht verwendet werden; die veröffentlichten Thesen des Ärztevereins zeigen ja das Gegenteil. Aber es wirft auch dies ein Schlaglicht auf die ideelle Geschlossenheit der formalpolitischen Akteursebene.

Dieser Sachverhalt erscheint als eine plausible Erklärung, warum die Nachhilfe-Initiative von Reclam, Volkmann und Heubner sich trotz ihres doch objektiv schwachen Echos innerhalb der Ärzteschaft in der Stadtverordnetenversammlung durchsetzen kann. Die Organisation der Nachhilfe ist dem bislang weitgehend exklusiv-statischen Verständnis von Bürgergemeinde in Leipzig gut angepaßt. So, wie die Übernahme des Zensuswahlrechtes noch 1894 eine Gegenbewegung zur sozialpolitischen Konsequenz der eben erst erfolgten Eingemeindungen darstellt, welche die bedrohlich verschoben erscheinenden Klassenlagen zugunsten der alten Verteilung korrigieren soll, so erscheint das Reclamsche Modell geradezu als eine Gewähr dafür, diese Statik auch in der Notfallversorgung zu bewahren. Wird doch der Tätigkeitsumfang einerseits allein aus dem freiwilligen Engagement der Beteiligten bestimmt und seine allzu intensive Entfaltung durch traditionale Restriktionen verhindert.

Von einem neuartigen Angebot kann deshalb nicht die Rede sein; aus Patientensicht ist denn auch nicht ein Optimum therapeutischer Anschlußfähigkeit Zweck des Vereins, sondern die Unterstützung für den Fall, daß der Zahlungsfähige oder der Ortsarme überhaupt keine ärztliche Hilfe finden.¹³³⁷ Während der erste Fall als eine mit Hilfe städtischer Logistik (Polizeiwachen) organisierte Dienstleistung verstanden werden kann, die der Bürgerschaft keine eigenen Kosten verursacht und dem Arzt jedenfalls hinreichend vergütet wird, ist der zweite Fall nichts anderes als eine Ausdehnung der Armenpflege. Wer die neue Einrichtung ohne Bezahlung in Anspruch nehmen will, wird einer amtlichen Überprüfung seiner Vermögensverhältnisse unterworfen.¹³³⁸

Die Ausgestaltung dieses Angebotes ist von beiden Seiten „freibleibend“: der Arzt hat nur einen Anspruch auf Entlohnung durch die Stadt, wenn (mit einiger Umständlichkeit) Zahlungsunfähigkeit nachgewiesen ist; umgekehrt muß sich der Arzt lediglich *bereit* erklären, Hilfe zu leisten. Eine über das Ortsarmengesetz hinausgehende Rechtsverpflichtung liegt

¹³³⁵ Stellungnahme des Polizeidirektors Richter in der Stadtverordnetensitzung v. 28.10.1891, in: Ebda., Pag. 213v–226v.

¹³³⁶ „Referent [Hermann] bemerkt, daß die Ablehnung auf rein sachlichen Erwägungen beruhe [...] Eine gründliche Ausbildung im Berufe sei in erster Linie für den Arzt nöthig. Auf allen Gebieten der Heilkunde rege sich ein immer größeres Streben nach Gründlichkeit und Vertiefung“. Ebda., Pag. 31r–36v. Demgegenüber aber auch eine Stellungnahme von OB Georgi, welche die Grenzen eines Fachjuristen gegenüber der medizinprofessionellen Sicht in der politischen Entscheidungskörperschaft aufzeigt: es sei „die Beurtheilung der Frage für einen Laien eine sehr schwierige.“ (Ebda.)

¹³³⁷ Cf. das Protokoll der konstituierenden Sitzung von Volkmann, Reclam und Heubner v. 11.6.1882, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 9r.

¹³³⁸ Cf. die Anweisung an die Stadtkasse Leipzig v. 20.7.1883, in: Ebda., Pag. 42v.

für keine der beiden Seiten vor.¹³³⁹ Vor den Stadtverordneten entsteht damit das angenehme Bild, nun auch im entstehenden Städtewettbewerb nicht mehr hinten zu stehen,¹³⁴⁰ da man formal über eine neue Organisation der Hilfe verfügt, ohne aber gleichzeitig Aufwendungen gewärtigen zu müssen, die nicht von der Stadt kontrolliert werden könnten.

Im Gegenzug wird das Alternativmodell von Assmus nicht nur mit ökonomischen, sondern auch medizinisch-wissenschaftlichen Argumenten stigmatisiert. Hier verbindet sich die politisch liberalistische Haltung der Ärzte als Stadtverordnete mit ihrem Interesse, nicht nur Laien- oder semiprofessionelle Dienstleistungen zu verhindern, sondern ebenso unerwünschte Konkurrenz innerhalb der Profession zu unterbinden; und hier genügt als Handhabe offenbar nicht die Verhandlung in der ärztlichen Standesvertretung.¹³⁴¹ Die von Schleich und den Berliner Ärzten so kraftvoll getragene Anti-Esmarch-Kampagne ist auch im Plenum der Stadtverordneten vor allem Legitimation und Zuggpferd, unter dem Einwand der Qualität für eine Minderung der Konkurrenz zu sorgen.¹³⁴² Es sei inakzeptabel, so der zweite Polizeiarzt Eckstein im Stadtparlament, daß „wie dies der Fall, ganz junge Ärzte [...] beim Samariterverein journiren“¹³⁴³, sie böten keineswegs eine hinreichende Sicherheit für angemessene Behandlungsqualität.¹³⁴⁴ Es war naturgemäß nicht ganz ungefährlich, ein solches Eis zu betreten, so aufrichtig das vielleicht auch einmal gemeint sein konnte. (In Berlin fanden wir ja ähnliche Kritik vor, wobei hier in den Vordergrund gestellt wurde, daß die Berufsgenossenschaften „schuld“ an Verträgen mit inkompetenten Absolventen seien). Überliefert sind konkrete Beschwerden mangelhafter Behandlung in der ansonsten ausführlich dokumentierten Vereinsgeschichte nur in seltenen Ausnahmen,¹³⁴⁵ so daß hier wohl ein vom allgemeinspolitischen Blickwinkel wenig angreifbares Argument eingeführt wurde, die Angebotsstruktur nicht weiter zu verändern, als unbedingt nötig.

Der Samariterverein wiederum, der ein Strukturelement verkörperte, das sich als nicht mehr ökonomisch orientiert restriktiv verstand, vermied bei dieser offenen Opposition einen zu deutlichen Hinweis auf das Nachfragepotential, das er vielleicht würde entfachen

¹³³⁹ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 28f. Dies ist übrigens auch der Grund, warum die Stadt nach erwiesenem Mißerfolg der Initiative davon absieht, die Einrichtung grundsätzlich wieder rückgängig zu machen. Cf. die diesbez. Mitteilung an den Rat der Stadt Dresden v. 17.11.1885, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 48r.

¹³⁴⁰ Cf. z. B. die Debatte v. 28.10.1891, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 213v–226v.

¹³⁴¹ Die Verhandlungen des Leipziger Ärztevereins und seines Pendanten für die Vororte sind im Wortlaut nicht mehr überliefert; vereinzelt finden sich Wiedergaben im Leipziger Tageblatt oder im Korrespondenzblatt der sächsischen Ärztevereine. Das Tageblatt liegt verfilmt im Stadtarchiv Leipzig vor und ist nur vor Ort einsehbar; das Filmmaterial ist leider durch Alterung von einer derartig schlechten Qualität, daß Angaben in Quellen über entspr. Artikel nur stichprobenhaft nachgeprüft werden konnten.

¹³⁴² Dies brachte treffend auch der erste Jahresbericht vor, wenn er formulierte: „Wurde die organisierte ‚ärztliche Hülfe in der Nacht‘ überhaupt für mindestens überflüssig gehalten, so ist es u n l o g i s c h, dieselbe bloß im convenirenden Falle zu befürworten.“ (Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 29; Hervorh. orig.)

¹³⁴³ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 31r–36v.

¹³⁴⁴ Den Gesichtspunkt nötiger breiter Erfahrung stellt auch Schleich (Ders.: Mahnwort in der Samariterfrage... (1882), S. 10) bemerkenswert offen dar; ebenso, allerdings nicht im Kontext der Diskussion um das Rettungswesen, finden wir diesen Anspruch z. B. immer wieder bei v. Bergmann in dessen Ausbildungszeit formuliert. (Cf. Buchholtz, A.: Ernst v. Bergmann... (1911).)

¹³⁴⁵ Die Beschwerdebücher, die in den Wachen des Vereins geführt wurden, sind leider nicht mehr erhalten.

können. Statt dessen instrumentalisierte er das altliberale Argumentationsmuster zwischen bürgerlicher Selbsthilfe und Wohltätigkeit von ganz anderer Seite. Man gehe selbstverständlich für die unbezahlten Fälle davon aus, daß „die Verhältnisse jedes einzelnen, seitens der Wache Behandelten [...] zu ermitteln sein“¹³⁴⁶ würden. Hier liege aber die eigentlich nutzbringend-soziale Aufgabe des Vereins, die durch bestehende Institutionen und Organe nicht ausgeführt werden könne. Die Nachforschungen sollten nämlich „in schonender Weise durch von uns bestellte Vertrauenspersonen“ geschehen. Dadurch werde der „großen Klasse unserer Mitbürger, welche, ohne direct der öffentlichen Armenpflege überwiesen zu sein [...] die Unannehmlichkeit directer polizeilicher Recherchen nach ihrem Vermögensstande erspart bleiben, welche ihrer Natur nach ganz besonders geeignet sind, von der allgemeinen Benutzung der Wachen abzuschrecken.“¹³⁴⁷

Positionen ärztlichen Widerstandes

Die Argumentationen der Gegner des Samaritervereins entsprachen nach Anschein und sachlichem Gehalt weitgehend den andernorts in der Samariterfrage geäußerten ärztlichen Bedenken; was der Zentralausschuß der Berliner Ärztlichen Standesvereine schon Es-march vorgeworfen hatte – Popularisierung der Wissenschaft, Gefährdung von Patienten, Beförderung der Kurpfuscherei¹³⁴⁸ – war auch Gegenstand der aus Leipzig. Eine wichtige, wegen sehr spärlicher Quellen jedoch kaum zu beantwortende Frage ist, wie sich ärztlicher Widerstand *außerhalb* der städtischen Gremien manifestiert hat. Sitzungsgegenstände des städtischen Ärztevereins sind nur in Ausnahmefällen detailliert überliefert; zu den ausführlichsten Dokumentationen gehören die schon zitierten Debatten vom Herbst 1882. Im wesentlichen gibt es sonst nur noch kurze Bemerkungen in der historischen Sekundärliteratur über das Vorhandensein kollegialen Widerstandes und fragmentarische Indizien in den Akten. Im ersten Bericht des Vereins ist etwa die Rede davon, daß „die Sache von einer Zahl practicirender Ärzte nicht günstig aufgenommen wurde“¹³⁴⁹, ähnliches ist wiederholt an anderer Stelle angemerkt. Zu einem außergewöhnlichen Vorfall soll es bereits ein Dreivierteljahr nach Eröffnung der ersten Wache gekommen sein: im Februar 1884 habe sich „der Unwille einzelner Ärzte so weit verstieg[en], dass einige jüngere von ihnen [...] Nachts in die Wache eindringen und einen Scandal provozierten“¹³⁵⁰. Hier wird nun deutlich, daß es innerhalb der Ärzteschaft zwei Gruppen je mit pro und contra gibt: Zunächst verläuft die Linie mit einem gewissen fortgeschrittenen Alter und einer gut etablierten Praxis (oder Anstellung); diese für sich Arrivierten zählen einerseits z. B. zu den Befürwortern, weil sie Konkurrenz innerhalb ihrer Klientel nicht mehr befürchten und überdies erleichtert sind, nächtlicher Dienstleistung an Unbekannte entgehen zu sein: wie Reclam selbst im Bericht an die Stadt hervorgehoben hatte, würden ältere Ärzte für solche

¹³⁴⁶ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 23r–25l.

¹³⁴⁷ Ebda.

¹³⁴⁸ Cf. Kap. 2, S. 164.

¹³⁴⁹ Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 14. Der Protest formierte sich im Anschluß an einen Vortrag, den der Leiter der Universitätspoliklinik, Benno Schmidt, für das Unternehmen der Samariteraus-bildung gehalten hatte. Die in Berlin doch immer wieder deutlich zu findende Linie von Niedergelassenen und Inhabern von Polikliniken gegenüber neuen Organisationsformen der Akutversorgung findet sich also hier keineswegs einhellig.

¹³⁵⁰ Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 33. Zeitungsberichte, die näheren Aufschluß über die Umstände verschafft hätten, haben wir wegen der ungewöhnlich schlechten Qualität des Filmmaterials aus zeitökonomischen Gründen nicht hinreichend intensiv durchführen können.

Dienste unverhältnismäßig häufiger in Anspruch genommen.¹³⁵¹ Dann gibt es die „arrivierten Gegner“ dieser Altersgruppe, zu denen wir alle ärztlichen Mitglieder des Gesundheitsausschusses zählen können. Ihre Motive sind nicht so klar erkennbar. Da weder ein Reclam, noch ein Hofmann oder Wagner durch die Wacheninitiative materiell betroffen werden konnte, scheint es sich so zu verhalten, daß – gerade bei den Koryphäen der Leipziger Medizin – ernst gemeinte Bedenken gegenüber einer Förderung des Dilettierens und Halbwissertums (unter Laien wie unter Newcomern) stärker im Vordergrund standen,¹³⁵² unterfüttert vom Kriterium einer Kostenoptimierung für die Bürgergemeinde. Die zweite Gruppe bilden die jüngeren Ärzte. Hier ist das ökonomische Kriterium ausschlaggebend, nach dem diametrale Antworten gegeben werden. Ob pro oder contra zählen sie nicht zu den politisch Einflußreichen, aber offensichtlich in jeder Hinsicht Veränderungswilligen. Rühlemann, obschon als Stabsarzt sozial arriviert, steht ebenso wie der praktizierende Assmus mit erst rd. 35 Jahren am Anfang seiner Laufbahn; die Minderheit der Wachenärzte ist bereits in den 1870er Jahren in Leipzig ansässig.¹³⁵³ Und auch Eckstein, Polizeiarzt und Gegner der Initiative, betont, der Samariterverein werde von „einer ganz kleinen Zahl, namentlich jüngerer Ärzte, gefördert.“¹³⁵⁴ Die Hauptkritik gegenüber dem Verein fand offensichtlich in der Debatte über angebliche Kurpfuschereiförderung nur ein gerne verwendetes Vehikel, die eigentliche Angst zu cachieren, es werde „durch billigere Anerbietung in illegaler Concurrenz“¹³⁵⁵ die Ärzteschaft geschädigt. Gerade in Hinsicht auf den Vorwurf, eine inakzeptable Preispolitik zu betreiben, sei es, so der Vorstand in einer Denkschrift, nötig, die die Mitglieder „mit aller Energie den hie und da auftauchenden

¹³⁵¹ „Es ist sehr begreiflich“, schrieb Reclam schwülstig, „daß namentlich die älteren Ärzte welche Tages über durch ernste, wissenschaftliche Arbeit und Pflichten eines Arztes in einer ermüdenden Thätigkeit erhalten werden, von dem einzigen Vorrechte, welches ihnen [...] [die Aufhebung des § 199 PrStGB; JG] bietet, Gebrauch machen und nur für diejenigen Personen ihre nothwendige Nachtruhe opfern, welche sie bereits behandelten, oder die sie doch von früher her kennen. Da aber gerade die älteren Ärzte und deren Wohnungen den Hilfesuchenden bekannter zu sein pflegen als die jüngeren, so kommt es vor, daß Jemand in der Nacht bei fünf, sechs und mehr Ärzten vergeblich anklopft, ohne die gesuchte Hilfe finden zu können.“ (StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 2r–v); cf. auch: Huerkamp, Cl.: Aufstieg der Ärzte... (1985), S. 120.

¹³⁵² Dies widerspräche keineswegs dem Berliner Bild; auch Ernst v. Bergmann förderte Reorganisation der Versorgung und Samariterausbildung nur soweit, wie dies die Anlieferung „interessanter Fälle“ in die Klinik sicherstellte. Für die Samaritertätigkeit per se hatte er, zumindest solange ihre Negativwirkung nicht abzuschätzen war, wenig übrig. (Cf. zu dem hieraus sich ergebenden Konflikt zwischen Esmarch und Bergmann: Buchholtz, A.: Ernst v. Bergmann... (1911), S. 419f. und Esmarch, Fr. v.: Samariterbriefe... (1896), S. 10.) Daß ein örtlich herausgehobener Status in der Profession gleichwohl kein zwingender Grund sein mußte, die Initiative zu verurteilen, belegt der Fall Benno Schmidts, der erhebliche Schwierigkeiten mit dem Erhalt von Subventionen für das universitäre Poliklinikum hatte und daher schon aus dieser Richtung Grund gehabt hätte, eine konkurrierende Förderung abzulehnen. Schmidts Sympathie für den Samariterverein könnte auch durch eine Rivalität gegenüber Wagner gefördert worden sein. Dieser hatte, wie sich erst 1880 zufällig herausstellte, gegenüber Schmidt seit über zwanzig Jahren städtische Subventionen zugunsten der eigenen Klinik hintertrieben (cf. die ausführliche Dokumentation in: StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 11, Pag. 44ff. und 53ff.). Einen weiteren Beleg bietet Frh.v. Lesser, der 1878, ähnlich wie Tillmanns, eine chirurgische Poliklinik „zu Studienzwecken“ eingerichtet hatte (cf. Schmidt, B.: Chirurgisch-poliklinisches Institut... (1880)), aber im Gegensatz zu Tillmanns zu den Mitgründern der Wachen und um 1887 zu den leitenden Ärzten zählt.

¹³⁵³ Ausgangspunkt bilden die Angaben im Adreßbuch für 1874.

¹³⁵⁴ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 31r–36v.

¹³⁵⁵ Dass., Nr. 86, Beilage 1, Pag. 10–13.

sinnlosen Anschuldigungen“ entgegentreten sollten, da „dieselben offenbar von Gegnern in gehässiger Weise ausgestreut“ würden.¹³⁵⁶

Räumliche Tätigkeitsfelder und Mitarbeiter der konkurrierenden Initiativen

Über personelle Beteiligung und das geographische Feld der Bereitschaftsdienste sind wir nicht durchgängig unterrichtet; die Unterlagen genügen jedoch, einige Klarheit über das Praxisverhältnis der Initiativen zueinander zu gewinnen. Strukturelle Begründungen zu dem Februar-Skandal erhellen sich daraus nicht; wir sehen aber, daß jüngere Ärzte nicht nur im Samariterverein, sondern auch in der Reclam-Initiative eine wichtige Rolle spielen, und können ansatzweise verfolgen, wie diese sich in ihrer konkurrierenden Bereitschaft verhalten.

Betrachten wir die Nachhilfe-Vereinigung von Reclam, scheint zunächst der absolut geringe Rücklauf der ersten Umfrage von kaum mehr als 10% die Behauptung zu konterkarieren, daß unter den Leipziger Ärzten gegen Ende der allgemeinen Rezession Nachfragemangel und übergroße Konkurrenz herrsche. Ohne eine Alters- und Niederlassungsstudie, die bislang noch aussteht, ist in wirtschaftlicher Hinsicht auch mit dem hier vorliegenden Material nicht erklärbar, wieso von 105 Ärzten lediglich 14 reagieren, wollte man nicht von einer Überalterung oder außergewöhnlichen Wohlhabenheit der übrigen praktischen Ärzte ausgehen. Auch lassen sich aus einer so geringen Zahl keine weitreichenden Schlüsse ziehen; Indizien bieten sich aber dennoch. Wir gehen zunächst von der Vermutung aus, daß der größte Teil der Ärzte, die auf Reclams Anfrage reagieren, sich nicht vorrangig aus altruistischen Motiven zur Hilfeleistung bereit erklärt.¹³⁵⁷ Vermutlich ist auch die versicherte Erstattung nicht allein ausschlaggebend für die Mitarbeit, sondern allgemein das Bemühen, den Patientenstamm auszubauen.¹³⁵⁸ Finanzielle Aspekte sind aber trotzdem bei den jüngeren von Bedeutung. Allein die beiden schon 1874 ansässigen Ärzte (Dumas und Neubert, letzterer ist Vorsitzender des Ärztevereins) sagen nur unter Vorbehalt genügenden Honorars zu.¹³⁵⁹ Nehmen wir das Briefpapier als Indiz für die Festigung der eigenen Position im Markt, ist zumindest auffällig, daß nur 1 Arzt mit vollständigem Briefkopf, d. h. mit Straßenangabe im Vordruck, antwortet, bei allen anderen ist der Absender handschriftlich. 3 Ärzte antworten mit Vordruck von Name und Ort.¹³⁶⁰ Einen weiteren Hinweis für eine tendenziell wenig gefestigte Stellung bietet der Blick auf den Samariterverein: Von den 11 Ärzten der Reclam-Vereinigung arbeiten immerhin 6 gleichzeitig im Unternehmen von Rühlemann und Assmus mit.

Wenn wir die Einsatzorte der Ärzte von Nachhilfe- und Samariter-Initiative vergleichen, soweit sie angegeben sind oder als plausibel rekonstruierbar erscheinen, dann ergibt sich schließlich eine interessante Illustration des unten angestellten Leistungsvergleich beider Institute: Der Nachfrageradius der I. Sanitätswache in der Hainstraße erstreckt sich in den ersten beiden Berichtsjahren auffällig stark auf die äußeren Bezirke der Stadt¹³⁶¹, mit deut-

¹³⁵⁶ Ebd. (Denkschrift v. 1892)

¹³⁵⁷ Eine Ausnahme scheint ein Dr. Mangelsdorf im Osten der Stadt zu sein; nach Schrift und Orthographie zu urteilen, handelt es sich um einen Arzt im fortgeschrittenen Alter. (Cf. den erhaltenen Brief an Reclam in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 16r.)

¹³⁵⁸ Cf. Huerkamp, Cl.: Aufstieg der Ärzte... (1985), S. 121ff.

¹³⁵⁹ Beide verfügen zudem über die von allen teuerste Wohnlage unweit des Roßplatzes und An der Pleiße.

¹³⁶⁰ Diese Kriterien erscheinen allerdings als sehr vage. Die augenscheinlich wohlhabendsten, Dumas und Neubert, antworten, wie die Mehrheit, ohne formalisierte Absender auf einfachem Papier.

¹³⁶¹ Gemeint sind damit nur die Bereiche, die an das alte Zentrum angrenzen; die jeweils davor liegenden Orte wie Reudnitz, Plagwitz, Gohlis &c., die erst ab 1889 eingemeindet werden, sind explizit aus dem Be-

lichem Gewicht auf dem bedarfsreichen Süden. Nur 35% der Patienten kommen aus dem alten Zentrum, 13,6 aus dem Norden, 11,4 aus dem Westteil zwischen Zentrum und Plagwitz. Aus der nach Reudnitz strebenden Südstadt kommen hingegen 18,3% und selbst aus den ab 1889 eingemeindeten „Dörfern der Umgegend“ kommen noch 122 Patienten, das entspricht 13,1%. Deutlich fällt nur der Ostteil der Stadt ab, mit 8,3% der Klientel.¹³⁶² Der Starke Nachfrageanteil aus der Südstadt erscheint im Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage nachvollziehbar; erstaunlich aber wirkt er angesichts der Tatsache, daß die Wohnungen der Ärzte von Reclams Initiative – und damit ihre wahrscheinlichen nächsten Einsatzorte¹³⁶³ – sich ebenfalls deutlich auf den Süden und Südwesten außerhalb des inneren Ringes konzentrieren.¹³⁶⁴ Das weiter unten dargestellte (S. 309) und ausführlicher besprochene Schema zeigt auch, daß sich bis 1892 zumindest der aktive Radius der ersten Wache verschiebt. Notfall-Hausbesuche beziehen sich nun nahezu ausschließlich auf die Altstadt, sowie den breiten Norden; den Süden und Westen deckt hingegen die Wache am Peterssteinweg ab.

Der oben erwähnte geringe Anteil an Patienten aus der Südostvorstadt, aber auch das geringe Ärzteangebot durch die Reclam-Initiative dort bleiben etwas rätselhaft. Über ursächliche kompensierende Wirkungen von St. Jakob gibt es gegenteilige Auskünfte. Im Jahresbericht der Sanitätswachen für 1883/84 wird immerhin ausgeführt, daß für etwa $\frac{1}{4}$ aller derjenigen, die in der Sanitätswache Hilfe gesucht hätten, also für 108 Pers., „das städt. Krankenhaus am nächsten“ gelegen habe, „5 kamen aus der nächsten Nähe desselben.“¹³⁶⁵ Vergleichbare Angaben sind leider sehr selten und mehr als ein Indiz einer unzu-

rechtigtenkreis ausgeschlossen. Der Vereinsbericht bemerkt hierzu, es herrsche in den Vorstädten erkennbar eine „Calamität bezüglich der ärztlichen Hülfe“, jedoch hätten Einwohner, die von dort um Hilfe nachsuchten, um der Bestimmung zurück gewiesen werden müssen, „welche die Thätigkeit der Wachtärzte auf die Stadt selbst beschränkt“ (Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 32). Mit den Eingemeindungen entschärfte sich dieses Problem weitgehend und wurde nur noch einmal kurzfristig akut, als die Krankenkasse Leipzig-Land mit dem Verein Vertrag schließen wollte und zurückgewiesen wurde; (cf. Schreiben v. Juli 1914, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 6, Pag. 107r & v).

¹³⁶² Angaben nach absoluten Werten in: Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 31f.

¹³⁶³ Über die Größe der Nachfrageradien in den 1880er Jahren bestehen unterschiedliche Einschätzungen. In Ausnahmefällen wird sich das von Benno Schmidt zur Klientel des Poliklinikums Gesagte noch vorgekommen sein; auch ist für die Klientel der 1. und 2. Sanitätswache überliefert, daß rd. 10% aus Mangel an Versorgung in der Ostvorstadt im Notfall in der Hainsraße oder in den Peterssteinweg laufen (cf. Subventionsgesuch des Samaritervereins an den Rat v. 1.2.1889, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 104ff.); der Wachenarzt Kormann schreibt allerdings 1895, daß gerade für dieses Gebiet „die Sanitätswachen so weit entfernt [lägen] [...] dass sie nicht benutzt werden könn[t]en“ (Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 35.) Diese Darstellung muß jedoch wohl politisch verstanden werden, denn sie steht im Zusammenhang mit Bemühungen, für weitere Wachen Subventionen einzuwerben.

¹³⁶⁴ Dieses Faktum ist in gewissem Sinne zufällig, denn die Rückantworten an Reclam waren ja nicht nach Stadtbezirken reglementiert worden. Auch dieser Zufall gibt aber Hinweis darauf, daß der Großteil der Ärzte weniger vermögend ist: diesen Eindruck gewinnt man zumindest, wenn man zeitgenössische Schilderungen über die Bausubstanz der Südstadt liest, wie sie etwa der Verein für Socialpolitik 1886 veröffentlichte: cf. Hasse, E.: Wohnungsverhältnisse in Leipzig... (1886), bes. S. 62ff. (Zur Person Hasses cf. Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 49, Anm. 92.)

¹³⁶⁵ Kommentar zu einem statistischen Bericht des Samaritervereins an den Rat, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 40r.; im Jahresbericht 1882–84 ist die Rede von $\frac{1}{5}$, hingegen seien „aus den Nachbarhäusern des Krankenhauses allein 10 Personen auf die Sanitätswache [gekommen], welche doch ungefähr 10–12 Minuten entfernt liegt.“ (Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 32; die Zeitangabe scheint auf den Laufschrift bezogen zu sein.)

reichenden Absorptionsfähigkeit insbesondere für ambulante Fälle ist die Angabe nicht. Daß in der Stadtverordnetenversammlung der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses die Ansicht vertritt, eine „Sanitätswache sei schon durch das Krankenhaus gegeben“¹³⁶⁶, kann kaum als Beleg des Gegenteils gelten; dies entspricht eher dem schon für Berlin beobachteten Standpunkt kommunaler Kostenreduktion. Für eine gewisse Akzeptanz spricht schon eher die Aufnahmeordnung, wonach St. Jakob zumindest normativ auf eine Inanspruchnahme durch ärmere traumatisierte Patienten eingestellt ist.¹³⁶⁷ Daß diese Statuten trotz des von den Samariterwachen berichteten Defizits wohl verhältnismäßig viel Beachtung erfahren, legt auch der erwähnt hohe Anteil von Verletzungen auf der chirurgischen Station nahe: 1886 liegt er über 15%, 1891 bei fast 20% und um die Jahrhundertwende hat er beinahe 30 v. Hundert erreicht.¹³⁶⁸ 1886 liegt der Anteil der innerhalb der ersten 3 Tage im Krankenhaus Verstorbenen an der Gesamtmortalität bei 26,8% (29 Personen, = 3,8%, sterben am Tag der Aufnahme), letal verlaufende Antransporte oder Todesfälle unmittelbar nach Einlieferung werden außerdem in sieben Fällen gezählt.¹³⁶⁹ Auch die jüngste Untersuchung von Volker Hess deutet einen traditionell hohen Anteil von Akutufnahmen unserer Kategorie in St. Jakob an, dessen Zeitquantile in unserem Zusammenhang freilich unter Vorbehalt gesehen werden müssen.¹³⁷⁰

Bilanz der Reclam-Initiative und erster Wandel der städtischen Position

Als der Beschluß des Rates über die Einrichtung der Nachthilfe am 14. Juli 1883 zur Veröffentlichung in Expedition ging, gab es für die ärztlichen Gegner der Assmus-Vereinigung vermutlich allen Grund zur Zufriedenheit. 1000,- RM standen im Etat als Ausfallgarantie bereit. Das war immerhin das Dreifache von dem, was Benno Schmidt bisher als Subvention für die Universitäts-Poliklinik erfochten hatte. Zudem war dem Samariterverein eine von einigen Ratsmitgliedern plädierte Subvention von wenigstens 300,- abge schlagen worden. Erfolgreich, so schien es, hatte man das ungeliebte von Kiel angeregte Projekt von jeder städtischen Unterstützung fernhalten können. Die Nachthilfe-Garantie werde nun dafür sorgen, daß sich die Vereinsarbeit bald erledigen werde und die unter Tillmanns Regie veröffentlichten Thesen die Geschlossenheit der Leipziger Ärzteschaft gegenüber den Sanitätswachen bewahren würden. Mit dieser Position erwiesen sich die ärztlichen Vertreter im Gesundheitsausschuß nicht weniger kurzsichtig als ihre Kollegen in Berlin. Und so zeichneten die Berichte über die Inanspruchnahme der Nachthilfe auch ein vollständiges Bild des Versagens, während die Nachfrage der Sanitätswache stetig wuchs. In einem Bericht an die Stadt Dresden über die Organisation der Nachthilfe mußte der

¹³⁶⁶ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 31r–36v.

¹³⁶⁷ § 1 der Aufnahmeordnung bestimmt das Krankenhaus als Lastenträger der Kosten des Ortsarmenverbandes nach §§ 28 und 29 des Reichsarmengesetzes, § 12 verlangt die sofortige Aufnahme der „in Leipzig oder auf dessen Gebiete Verunglückten oder Verletzten“. (**StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 16, Nr. 1, Bd. 12, Pag. 17 & 20.) In der Realität sind hier, wie schon ausgeführt, aber doch erhebliche Abstriche zu machen. Hier ist der Einschränkung v. Volker Hess zuzustimmen (Ders.: *Der wohltemperierte Mensch...* (2000), S. 195).

¹³⁶⁸ Cf. den Überblick in: Stadt Leipzig (Hg.): *Leipzig in hygienischer Beziehung...* (1891), S. 79 und die Verwaltungsberichte für 1886 und 1891, S. 734f. bzw. 833. Danach ergibt sich 1886 für „Mechanische Verletzungen“ ein Wert von 16,3%, für 1891 von 19,9%.

¹³⁶⁹ Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (1886), S. 693f. Die bezeichneten Anteilswerte sind auch 1891 nahezu unverändert: 26,8% sterben in den ersten 3 Tagen, 36 Personen, =4,1%, am Tag der Aufnahme; cf. Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (1891), S. 788.

¹³⁷⁰ Cf. Hess, V.: *Der wohltemperierte Mensch...* (2000), S. 196ff. Im Anklang an das zeitgenössisch allgemeinmedizinische Verständnis von „akut“ rubriziert Hess in Klassen von 0–3, 4–7 &c. Tagen.

Berichterstatter 1892 ein völliges Fiasko für den Ärztenachweis eingestehen. Demnach seien 1883 von Juli–Dezember ganze 24,– RM à conto der Stadtkasse erstattet worden, 1884 18,– und in den ersten 9 Monaten des Folgejahres 6,– RM. In rd. zweieinhalb Jahren registrierte man also Erstattungen für sechs Besuche! Von 1886–91 sei, so der Rat, gar nichts bezahlt worden.¹³⁷¹ Dem Ziel, eine Funktion geregelter Wohltätigkeit zu erfüllen, war die Einrichtung alles andere als gerecht geworden. Das wurde erst recht deutlich im Vergleich zu den privat finanzierten Wachenleistungen:

Von Einrichtung der ersten Wache im Mai 1883 bis Dezember werden zur Nachtzeit 247 Fälle Fälle versorgt, 89 davon ärztlich, die übrigen durch Heilgehilfen. Im ersten vollen Rechnungsjahr registriert man 453 Patienten, von diesen sind 141 „unter Nachlaß des größten Theils der Kosten, völlig frei 108 behandelt“¹³⁷² worden. Damit bestätigten sich in den ersten Monaten zwei Grundannahmen: Das Odium der polizeilichen Recherche nach den Einkommensverhältnissen war sehr wahrscheinlich ein wichtiger Blockadegrund für das nach Reclam eingeführte „Pariser System“. Darauf deutete schon der offensichtliche Anteil verschämter Armer hin, der erheblich den der vollends Mittellosen übertraf; zumindest für sie kam, wie vorhergesagt, der Weg zur ärztlichen Nachhilfe auf das Polizeirevier nicht in Frage. Aber auch die Zuverlässigkeit der Nachtbereitschaft des Reclam-Projektes stand hier zur Debatte. Der Ärztenachweis gründete auf Selbstverpflichtung, die keiner Sanktionierungsmöglichkeit unterstand. Bei der geringen Frequenz mußte der Nachweis aber auch finanziell sehr bald völlig uninteressant für die meisten Bereitschaftsärzte werden – dies, und der Vorteil, bei einer Mitarbeit im Samariterverein zusätzlich an Praxis zu gewinnen, mochte die Hälfte der Mediziner bewogen haben, sich seit 1885 in einer der Wachen ständig zu betätigen. Schließlich konnte man bei einer derart geringen Inanspruchnahme auch nicht verlangen, daß einer der jeweils zuständigen Ärzte allen Ernstes abendeweise seine Verpflichtungen oder gesellschaftlichen Termine absagte, um am Ende noch Laufereien wegen Erstattung seiner Behandlungskosten in Kauf nehmen zu müssen. Fest stand damit, daß sich der Nachweis in jeder Richtung als vollkommen ungeeignet herausgestellt hatte; es ist zu vermuten, daß er nicht einmal das Ziel erreichte, die alteingesessenen Ärzte merklich zu entlasten. Deutlich wird ebenso, daß die Protagonisten des Pariser Systems zwar einflußreiche Positionen in städtischen Gremien und im Ärzteverein haben mochten – daß diese Stellung aber kaum in Einklang stand mit den ökonomischen und fachlichen Bedürfnislagen ihrer ebenso im Ärzteverein organisierten jüngeren Kollegen. Die leitenden Funktionsträger im Standesverein vertraten ein gegenüber der längst dynamischen Entwicklung des Gesundheitsmarktes und der Stadt weitgehend blindes, statisches Modell. Hier heißen die Orientierungsgrößen nicht Nachfrage und Anschlußfähigkeit, sondern Gewährung, Kontrolle und: Desinteresse, selbst an Unterstützung gegenüber denjenigen Kollegen, für die man sich hier rein formal einsetzt.

¹³⁷¹ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 14, Nr. 26, Pag. 47bb (alte Pag.: 52r) & Pag. 49v. Die Leipziger Abendzeitung berichtete noch im Februar 1908, ein „Vorteil von unvergleichlicher Wichtigkeit, den Elbflorenz vor uns voraus [sic] hat, ist die Leichtigkeit, mit der man in Dresden, und sei es in den entlegensten Vorstädten, bei Nacht ärztliche Hilfe erlangen kann“; die Zeitung sprach von „längst unbekannten Sorgen“ in bezug auf ärztliche Nachhilfe; Max Kormann erklärte dazu jedoch recht glaubhaft im Stadtparlament, es sei dort nichts anderes als das Pariser System eingerichtet, und wie in Leipzig so stünden „auch in Dresden [...] diese Bestimmungen nur auf dem Papier“. (**StA-L**, Gesundheitsamt, Nr. 788, Pag. 1r & 4r.)

¹³⁷² Aus dem Kommentar zum tabellarischen Leistungsbericht des Vereins, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 41r. (Hervorh. weggel.)

Daß das Unternehmen in kurzer Zeit ein solches Fiasko erfahren würde, mußte freilich nicht antizipiert werden, auch von den Stadtverordneten nicht. Die Zustimmung zu dieser Versorgungsidee spiegelt aber nicht nur auf Ärzteseite, sondern auch bei den Parlamentariern in ihrer Rolle als Stadtbürger eine aus Berlin bekannte Haltung; einen Glauben, mit tradierten Verfahren einer unliebsamen Entwicklung einigermaßen preiswert begegnen zu können, ohne zu entwerfen, was zu tun sei, wenn diese Praktik scheitere. Diese politische Unbeweglichkeit des „unter sich“ bleiben Wollens entspricht bemerkenswert dem Vorwurf, den Stadtverordnete bis in die 1890er Jahre hinein gegenüber dem Samariterverein erheben: die Reclam-Initiative sollte Hilfe bieten, ohne die Ansprüche der Mittellosen zu steigern. Diese könnten doch froh sein, daß nicht mehr nur die Armenärzte zu ihrer nächtlichen Versorgung bereit seien. Über die Notwendigkeit der Wachen der Samaritervereinigung, so hörte man noch 1891 im Parlament vom Abgeordneten Wilhelm Moldenhauer, Privatdozent und HNO-Spezialarzt, „lasse sich ein sicheres Urtheil nicht abgeben“, da sie doch nur „von Vielen aus Bequemlichkeit aufgesucht“¹³⁷³ würden. Das mußte – wenn es auch nicht mehr die Mehrheitsmeinung wiedergab – angesichts der mehr als 11.000 Behandlungen allein des Vorjahres ziemlich unverfroren wirken.

Von einem merklichen Richtungswechsel seitens der Stadt können wir erst um die Jahrhundertwende sprechen. Einstweilen findet sich das Bild einer rein reaktiven Politik. Immerhin aber war das Versagen des noch im Sommer 1883 breit befürworteten Modus‘ von Reclam so offensichtlich, daß die Position eines Georgi, Konrad oder Ruschpler, die sich wiederholt als Befürworter des Samariter-Unternehmens gaben, allmählich an Zustimmung gewann. Im Januar 1885 ging ein Subventionsersuchen an den Rat, daß ein Schreiben vom 8. Mai d. Vorjahres erneuerte. Darin wurde berichtet, daß mit der kürzlich erfolgten 1000. Behandlung eines Patienten insgesamt 3856,- RM aus rein privatem Spendenaufkommen erbracht worden seien¹³⁷⁴, 452 Personen habe man ermäßigt, 200 völlig frei behandelt. Daher sei wohl die Forderung nach 1000,- RM jährlicher Unterstützung „nicht zu hoch gegriffen“¹³⁷⁵. Am 14. März, drei Jahre nach Abhaltung der ersten Lehrkurse für Polizei und Feuerwehr, war das Etappenziel erreicht, die erste Subvention wurde genehmigt.

IV.3 Organisationsaufbau des Leipziger Modells

Struktur und Tätigkeit des Samaritervereins hoben sich, soweit bekannt ist, bereits im Entwurf von allen vergleichbaren Instituten anderer Städte ab. Während vor allem Berlin sich erst seit Bergmanns Initiative durch eine neuartige Idee auf diesem Sektor und das Bemühen um professionelle Umsetzung auszeichnete, ist der für die spätere Entwicklung entscheidende Gedanke der Integration ärztlicher Tätigkeit bereits in den Leipziger Gründungsstatuten formuliert. Dieser Sachverhalt und die Tatsache, daß wir es mit einem aus privatem Engagement auf außergewöhnlich breitem Kredit getragenen Unternehmen zu tun haben, bedingte nicht nur maßgeblich die Durchsetzungsfähigkeit, sondern auch den Modellcharakter selbst. Zentral ist der hohe Grad an funktionsbezogener Professionalität, der den Ärzten eine unersetzliche Stellung im Verein zuweist. Wenn wir deshalb für Leipzig allgemein vom Merkmal der „ärztlichen Leitung“ sprechen, dann bezieht sich dies je-

¹³⁷³ Inhaltsprotokoll der Stadtverordneten-Sitzung v. 28.10.1891, in: Ebda., Pag. 226v.

¹³⁷⁴ Cf. auch: Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 26.

¹³⁷⁵ Schreiben v. 31.1.1885 an den Rat der Stadt, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 45r–46r.

doch nach dem Geschilderten im wesentlichen nicht auf eine in der Ärzteschaft verankerte Position, sondern es beschreibt ein noch ziemlich singuläres Projekt, das von Mitgliedern einer Standesvertretung betrieben wird, die sich demgegenüber mehrheitlich nicht weniger restriktiv und phantasiearm als die Berliner Vertretungen verhalten. Das später für die Ärzteschaft insgesamt so erfolgversprechende Modell setzt sich nur gegen erhebliche Widerstände in der eigenen Berufsgruppe durch. Dabei bewies zuerst der Erfolg auf Nachfrage- und Angebotsseite die Praktikabilität der Vereinsstatuten; diese konnten wie nach geglücktem Feldversuch seit 1894 bedenkenlos als Vorbild präsentiert werden.¹³⁷⁶

Aufbau der Wachen und Prinzipien der Mitarbeit

Das Erscheinungsbild des ersten Institutes ähnelt äußerlich dem für Berlin beschriebenen Wachentyp B; um so mehr unterschied es sich davon auf personeller Ebene.

Als Wache I wird zunächst ein unweit des Marktplatztes in der Hainstraße 14 gelegenes Barbiergeschäft ausgewählt, dessen Ausstattung durch den Verein – anders als Berlin – für alle folgenden Wachen Verbindlichkeit besitzt. Jedes Institut soll leicht zugänglich im Erdgeschoß, mit Angabe des Wachdienstes und einer „Laterne mit rothem Samariterkreuz kenntlich“ gemacht und „mit einer (elektrischen) Klingel“ versehen werden¹³⁷⁷; es besteht aus drei Räumen mit Geräteschuppen. Bezeichnend auch die ausführliche Festlegung der Innenausstattung: Im Vorraum müsse neben einer Anzahl Stühle „ein Schirmständer, eine Cigarrenablage“ und vor allem: „eine Ehrentafel mit Namensverzeichnis der Wohlthäter des Samaritervereins“ installiert werden. Der eigentliche Wach- bzw. Behandlungsraum ist nicht nur mit „1 Büste S. Maj. des Königs“ sondern auch zeitüblich „in Mannshöhe mit Ölanstrich und im Übrigen mit abwaschbarer Öldrucktapete [...] zu versehen.“ Detailliert sind dann alle Versorgungsgerätschaften bestimmt; hier findet besonderen Ausdruck, daß es von Anfang an eine ärztliche Kommission ist, die über medizinisch-hygienische Belange entscheidet.¹³⁷⁸ So ist der Behandlungsraum nicht nur mit einem lederbezogenen Ruhebett, sondern mit dreiteiligem OP-Tisch ausgestattet; Verbandmittel, Notfallmedikamente und Instrumente sind detailliert festgelegt.¹³⁷⁹ Ausführlich sind auch das Indikationsspektrum und der Umfang der Hilfeleistung festgelegt (cf. S. 307).

Über die personelle Besetzung der ersten Wache(n) liegen anfangs nur bruchstückhafte Informationen vor. Während in den 1890er Jahren grundsätzlich je 2 Heilgehilfen als „Unterbeamte“ und zusätzlich ein Bote anwesend sein sollten, der den vertraglich dienstbereiten Arzt herbeiholen sollte, ist eine solche Besetzung in den ersten 7 Jahren nicht

¹³⁷⁶ Der Internationale Kongreß für Hygiene und Rettungswesen in Budapest bildete eines der ersten Wirkungsforen für die unangefochtene Verbreitung; cf. Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 17f.; Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 8. Aus den von Assmus entworfenen Grundsätzen sind zentrale Artikel der Resolution des Ärztetages in Freiburg (1900) und der Leitsätze des ZKRW in Preußen entlehnt; cf.: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 31f.

¹³⁷⁷ Cf. auch für das Folgende die Dokumentation bei: Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 8–16, hier: 8f.

¹³⁷⁸ Hier spiegelt sich die Übernahme der staatlicherseits bereits mit Erlaß der Gewerbeordnung 1869 geforderten Standards der Innenausstattung. Geradezu zwanghaft wirken die diesbez. wiederkehrenden Anmerkungen („ob mit Öl gestrichen“), die sich auch in vielen Revisionsberichten zu den Krankenanstalten im Mindener Regierungsbezirk finden.

¹³⁷⁹ Ebda., S. 10f.

durchgängig finanzierbar.¹³⁸⁰ Für die ständige Bereitschaftssicherung der Wache Hainstraße wird der seit langem in unmittelbarer Nachbarschaft ansässiger Heilgehilfe Fr. Wilh. Ruhl mit der von ihm betriebenen Barbierstube ausgewählt.¹³⁸¹ Mit Auszeichnung erfüllt er bereits die Satzungsbestimmung, wonach „in der Regel nur gediente Soldaten“ mit der Eigenschaft als (Ober-)lazarettgehilfe angestellt werden sollten: Ruhl ist „Inhaber des Eisernen Kreuzes II. Cl., des Kgl. Preuss. Militär-Ehrenzeichens II. Cl., der Landwehrdienstauszeichnung II. Cl., der Kriegsdenkmünze für 1866 und 70/71“¹³⁸². Für den Schwerpunkt der medizinischen Tätigkeit gelten folgende Grundsätze: Der Heilgehilfe darf unter Androhung einer Konventionalstrafe von 100,– RM(!) nur die Tätigkeiten eines niederen Wundarztes ausüben¹³⁸³, wozu etwa die erste antiseptische Wundversorgung einschl. der Entfernung lockerer Fremdkörper zählt; instrumentelle Wundbehandlung, „mit Ausnahme der einfachen Zahnextraktion“, die nur versuchsweise Einrichtung von Frakturen, Luxationen, sowie Verabreichung von Medikamenten und Injektionen sind grundsätzlich untersagt.¹³⁸⁴ Dem Heilgehilfen kommt damit insbesondere die Aufrechterhaltung der Bereitschaft und der hygienisch einwandfreie Unterhalt der Wachräume zu. Nach dem quartalsweise kündbaren Vertrag ist es Ruhls Aufgabe, im Geschäft von 21:00–6:00 Uhr Wachdienst zu halten; weitergehende Bereitschaft ist vorerst finanziell nicht umzusetzen. Für den Wachdienst muß er selbst „oder ein im Sanitätsdienst ausgebildeter Gehülfe“ anwesend sein (es gibt einen besonderen Schlafräum innerhalb der Wache). Eigentliche Heilbehandlung ist so in allem weitgehend auf den Arzt beschränkt.

Die Grundlegung des „Ärztlichen Notfalldienstes“

Wie aber werden die Ärzte selbst in den Verein integriert, wie erfolgt ihre Mitarbeit? Aus Berlin hatten immer wieder Beispiele gefunden, die eine Angst vor protektionistischen Auswirkungen der Nachhilfvereine ausdrückten, mochten diese begründet erscheinen oder nicht. In Leipzig hatte Assmus vermutlich sehr früh nach diesen aus der Reichshauptstadt berichteten Erfahrungen das Prinzip verankert, daß prinzipiell allen approbierten Ärzten der Stadt die Mitarbeit offenstehe. Aus den Archivalia und anderen Quellen geht nicht eindeutig hervor, ob dieser Grundsatz bereits zu dem für Mai 1883 verabschiedeten Katalog zählte, doch liegt das sehr nahe. Ein zeitgenössischer Rückblick betont mehrmals, daß „die Sanitätswachen allen Ärzten der Stadt freistehen sollten“¹³⁸⁵, und alles andere hätte in der Tat eher inkonsequent erscheinen müssen; 1894 war man in Budapest schließlich stolz, den Grundsatz der allgemeinen Beteiligung zuerst eingeführt zu haben.¹³⁸⁶ Aus dieser allgemeinen Perspektive wirkt der Widerstand von Reclam und den sich ihm anschließenden jüngeren Ärzten unverständlich. Eine Erklärung mag er, wenn

¹³⁸⁰ Die Rechnungsführung für die im April 1885 eingerichtete zweite Wache belegt anfänglich nur Miete und Arzthonorare.

¹³⁸¹ Cf. Adressbuch Leipzig... (1874), Abschn. II.4, S. 182.

¹³⁸² **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 57ff.

¹³⁸³ Die angedrohte Vertragsstrafe für Ärzte betrug hingegen nur 50, – RM. Cf. rev. ärztlicher Dienstvertrag, in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 25–27, hier: 25.

¹³⁸⁴ Cf. Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 22.

¹³⁸⁵ Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 16; ähnlich Ebda., S. 8, 25 und 40.

¹³⁸⁶ Cf. Anm. 1376. Im Zusammenhang damit ist auch der Beschluß des Vorstandes v. Mai d.Js. zu sehen, es sollten die Sanitätswachen „allen Ärzten der Stadt zur Untersuchung und Versorgung der Verletzten und Kranken jederzeit zur Verfügung“ stehen. (Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1900), S. 10; Hervorh. orig.)

man von Reclam als „Überzeugungstäter“ absieht, vielleicht in der anfänglichen Ungewißheit über die weitere Entwicklung des Unternehmens am Markt finden; einige (freilich naheliegende) Bedingungen, die Assmus für die Mitarbeit vorgeschaltet hatte, verstärkten dies vielleicht: Anders als beim Pariser System war die Mitarbeit der Ärzte im Samariterverein rechtsverbindlicher Natur, Umfang der Hilfeleistungen und Befugnisse im Detail festgelegt. Vergleichbares dürfte sich, ausgenommen vielleicht Wien, Mitte der 1880er Jahre in keiner anderen Stadt gefunden haben: Leipzig entwarf damit eine erste (noch freiwillige) Form ärztlichen Notdienstes, wie wir ihn für heute in der Einleitung skizziert haben.

Die Mitarbeit bedingte nicht nur eine formale Mitgliedschaft, sondern darüberhinaus eine Reihe von Einschränkungen, deren Mißachtung quartalsweise zur Kündigung führen konnte. Diese Einschränkungen bezogen sich bis in die 1890er Jahre zunächst ganz unmittelbar auf die Privatsphäre des Arztes; darin war das System durchaus dem von Reclam verwandt. Doch während sich bei letzterem jeder Arzt jederzeit der unverbindlich erklärten Bereitschaft entziehen konnte, reglementierte die Wachenvereinigung ihre Mitarbeiter gleich mehrfach. Bis zur Einführung zeitweiser exklusiver Sprechstunden auf den Wachen¹³⁸⁷ galt die Bestimmung, die Ärzte aus finanziellen Rücksichten nicht fest vor Ort zu stationieren. Bereitschaft wurde immer von zu Hause ausgeübt. Deshalb mußten sie sich einverstanden erklären, „eine Nachtklingel an[zu]bringen und jederzeit einen Anschluss an die Fernsprechanlage [zu] gestatten“, ansonsten hatten sie „während ihrer Dienststunden ihren jedesmaligen Aufenthalt außerhalb ihrer Wohnungen auf der Wache anzugeben“¹³⁸⁸; dies galt für den Diensthabenden, aber auch für den Ersatzarzt. Gezahlt wurde vom Verein lediglich die erfolgte Konsultation, nicht bereits die einfache Bereitschaft. Während mit Einführung des Tagdienstes in den 90er Jahren die Verfügungszeiten auf 1–2 Stunden beschränkt wurden, bedeutete die nächtliche Bereitschaft immerhin eine Einschränkung von 21:00–7:00 Uhr; hinzu kam, daß die Dienstpläne mit einem Vorlauf von 3 Monaten vereinbart wurden. Unter diesen Vorzeichen wäre es vermutlich zu einer ähnlichen Entwicklung gekommen, wie wir sie z. B. für die Wache Brandenburgstr. in Berlin hatten skizzieren können. Dort gab es ebenso die grundsätzliche Verpflichtung des Heilgehilfen, in schwereren Fällen den Arzt zu benachrichtigen; in einem stillschweigenden Agreement verzichteten aber offenbar die Wachärzte auf leichte Überschreitungen dieser Regel, wenn dadurch ihre Nachtruhe stabilisiert wurde. Wieweit hier Sanktionierungsmöglichkeiten durch die Berliner Sanitätswachenvereinigung bestanden, ist nicht mehr festzustellen. Die von Assmus entworfenen Verträge suchten wohl einem solchen Abkommen entgegenzuwirken, scheinen aber eine große Neigung hierzu nicht wirklich befürchtet zu haben. Dafür war wohl auch das Regelwerk zu dicht geknüpft. In der Dienstanweisung für die Heilgehilfen ist dezidiert, aber nicht übermäßig restriktiv von ihrer Behandlungsbefugnis die Rede; immer aber hätten sie „den Verletzten [...] ausdrücklich aufzufordern, alsbald ärztli-

¹³⁸⁷ 1902 schreibt der leitende Arzt August Düms in einem Rechenschaftsbericht, es gehöre zu „den Dienstoffliegenheiten der Wachtvorsteher [...] die Abhaltung einer Dienststunde Mittags von 12–1 Uhr. Es hat sich diese Einrichtung schon seit Jahren als eine dringende Nothwendigkeit herausgestellt, um die vielerlei persönlichen Anfragen von Seiten Angehöriger von Verletzten, von der Polizei, von Berufsgenossenschaften, von Beschäftigungsstellen u.a. persönlich und sachgemäß beantworten zu können, in der Erwägung, daß dies den Sanitätsgehilfen nicht überlassen werden dürfte.“ (Solche Dienststunde wird allerdings nur mit 1,– M honoriert.) **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 161v.

¹³⁸⁸ Aus dem revidierten ärztl. Dienstvertrag v. 1899, in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 25–27, hier: 25; Assmus, C.: Der Samariterverein... (1891), S. 352.

che Hilfe aufzusuchen.“ Einen eigenen Abschnitt bildete schließlich das Verbot, auf eigene Rechnung zu liquidieren.¹³⁸⁹

Der Ablauf des Dienstbetriebes ist uns durch den Bericht eines späteren Wachenarztes schematisch überliefert. Bei Inanspruchnahme der Hilfeleistung in oder außerhalb der Wache hat der Heilgehilfe zunächst

„einen Ersuchsschein [...] auszustellen, auf dem bei ausserhalb der Wache verlangten Fällen vor allem genau die wohnung des Erkrankten ist. Mit diesem Schein, [...] der zugleich als Grundlage für die Rechnung des Arztes und der Wache gilt, begiebt sich der diensthabende Bote [...] in schneller Gangart in die Wohnung des [...] Arztes; der Arzt hat sich gleichfalls unverweilt an den [...] angegebenen Ort zu begeben und zwar bei grösseren Entfernungen und eiligen Fällen mit Droschke.“¹³⁹⁰

Zunehmend konnte natürlich das Telefon den zeitraubenden Weg der Benachrichtigung ersetzen; dennoch war nach diesem Schema eigentlich Voraussetzung, daß alle für eine Wache tätigen Ärzte in der Nähe des Institutes wohnen sollten:¹³⁹¹ soweit wie möglich sollte hier bereits das Prinzip eingeführt werden, daß der Arzt zum Patienten komme, nicht umgekehrt.¹³⁹² Man könnte vermuten, daß aus dieser Einschränkung die Mißgunst anderwärts wohnender Kollegen befördert worden sei; bei genauer Betrachtung konnte es aber dafür in der Praxis keinen Grund geben. Denn, und das muß man dann wieder den ärztlichen Gegnern wie Moldenhauer zugute halten,¹³⁹³ dieser Grundsatz wurde zumindest anfangs, als der Widerstand am stärksten war, gar nicht eingehalten. Von den 10 Ärzten, die in den ersten beiden Jahren mitarbeiteten, wohnte bis auf einen niemand in einer Entfernung von weniger als 500 Schritt vom Wachlokal, ausgerechnet Assmus wohnte ziemlich abseits im Norden, ein anderer noch weiter weg in der Marienstraße im Ostteil.¹³⁹⁴

Über den Verdienst aus Behandlungen liegen unterschiedliche Angaben vor. Insbesondere scheinen die Heilgehilfen und übrigen niederen Dienstleister den höchsten Gewinn erzielt zu haben, denn sie erhielten im Gegensatz zu den Ärzten eine Pauschale, die recht ansehnlichen Umfang hatte. Im Geschäftsjahr 1884/85 ist die Angabe noch ungenau, hier werden für Heilgehilfen (und wohl auch Dienste des Boten) incl. „Gratifikationen“ unbestimmter Höhe rd. 680,- RM bezahlt.¹³⁹⁵ Bis 1895 hatte man die personelle Besetzung deutlich erweitert und die Vergütung angehoben: Nun erhielten schon die in Nebentätigkeit beschäftigten Boten 720,- bis 1020,- p.a.; die Salairs der Heilgehilfen beliefen sich auf ein Jahresgehalt zwischen 900,- bis 1200,- RM¹³⁹⁶, nach Angaben Kormanns entsprach die höchste Klasse dem Einkommen eines „Vorarbeiters oder Poliers“; durchschnittlich

¹³⁸⁹ Cf. „Dienstanweisung für die Unterbeamten des Samariter-Vereins zu Leipzig (Leipzig 1888)“, Abschn. 2.C., §§ 66–68, nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Beilage 1, Pag. 115ff.

¹³⁹⁰ Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 17.

¹³⁹¹ Ebda., S. 15.

¹³⁹² Entsprechend betonte Düms wiederholt, es sei der „Standpunkt, auf dem das öffentliche Rettungswesen sich aufbaut [...] der, dass der Verletzte nicht den Arzt suchen muss, sondern bei dem Unglücksfälle alsbald ärztliche Hilfe zur Stelle ist.“ (Schreiben an den Rat v. 16.4.1902, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 236–237v.)

¹³⁹³ Cf. die Kritik des Stadtverordneten, in: Plenarsitzung v. 28.10.1891, in: Dass., Nr. 86, Bd. 1, Pag. 213v–226v.

¹³⁹⁴ Die Entfernungsangaben beziehen sich auf die Skala im „Stadtplan von Leipzig in der Vogelschaumnier“ v. 1884 (wiedergegeben im Anhang).

¹³⁹⁵ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1885), Anhang. Nach der Aufstellung bei Hohorst et al. entsprach das ungefähr dem nominalen Jahresverdienst eines Industriearbeiters; cf. Ders; Kocka, J.; Ritter, G.A.: Sozialgeschichtliches Arbeitsbuch..., Bd. 2 (1975), S. 107.

¹³⁹⁶ Cf. Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 20.

verdiente ein Unterbeamte 1894 rd. 860,– RM p.a.¹³⁹⁷ Demgegenüber stand für die Ärzte die Steigerung ihres Bekanntheitsgrades vermutlich viel eher als die Einnahmen im Vordergrund:

Im ersten Rechnungsjahr kommen 463 Fälle zur Behandlung, davon werden 181 ärztlich behandelt, von insges. 59 Ärzten. Für diesen Zeitraum heißt es: „Die Ärzte der Wache empfangen im Durchschnitt pro Person 86,20 M und zwar der am meisten beschäftigt gewesene 227 M, der am wenigsten beschäftigte 24 M (1 Arzt, welcher ausgeschieden, erhielt für 1 Besuch 6 M). Die einzelne Arzt-Liquidation betrug im Durchschnitt 5,68 M.“

¹³⁹⁸ Für 1891 gab der Stadtverordnete Konrad einen mittleren Jahresertrag pro Arzt von rd. 200,– RM an (ein Viertel dessen, was die Unterbeamten erzielten!).¹³⁹⁹ Wieviele Ärzte wechselnd auf der ersten und den folgenden Wachen mitgearbeitet haben, läßt sich nicht mehr sicher ermitteln.¹⁴⁰⁰ Schon die Zahl der im ersten Jahr insgesamt genannten Ärzte bestätigt aber das Bild einer wenig kontinuierlichen und damit geldlich wenig ertragreichen Tätigkeit; in einer Denkschrift heißt es zudem ohne nähere Zahlenangaben, der Vorstand halte es „für eine Forderung der Gerechtigkeit, darauf hinzuweisen, wie ungemein viel gerade die Ärzte von Anfang an bis jetzt dem Verein durch freiwillige Leistungen erspart.“¹⁴⁰¹

Strukturelle Einbindung und Begrenzung des Indikationsspektrums

Bildeten ärztliche Leitung oder reguläre Oberaufsicht den einen Grundsatz von Rühlemann und Assmus, stand auf der anderen Seite die Frage an, die schließlich für die Berliner Unfallstationen den Streit ständig neu entfachte: zu bestimmen, welche Formen von Fällen sich strikt aus der Zuständigkeit würden ausblenden lassen. Hier hatte sich Assmus an den Fällen orientiert, die später auch nach dem KVG den Kassen die Erstattungspflicht unabhängig von einer spezifischen Zulassung des Arztes auferlegten. Mit dem Tag der Eröffnung wurde die Wache per Aushang dazu „bestimmt, schnelle und zuverlässige ärztliche Hülfe in der Nachtzeit [...] und ausschliesslich bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen zu sichern.“¹⁴⁰² Eine ca. 1892 veröffentlichte Bestimmung ergänzte, „die Sanitätswachen [böten auch] während ihrer Dienstzeit Personen, welche auf den Straßen oder an öffentlichen Orten verunglücken oder erkranken vorübergehende Aufnahme und bereiten deren Fortschaffung nach ihren Wohnungen oder dem Krankenhaus vor.“¹⁴⁰³ Hier war die Auswertung, die Assmus nach seinem Berlin-Besuch hatte ziehen können, deutlich. Mochte der Kurpfuscherei-Vorwurf der Samariter-Lehrkurse immer wieder er-

¹³⁹⁷ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1894), S. 21.

¹³⁹⁸ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 41.

¹³⁹⁹ Der Betrag wird zumindest durch Rechnungen des Vereins bestätigt. Cf. z. B.: Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1894), S. 21; hier ist von 233,80 RM p.a. die Rede.

¹⁴⁰⁰ Z. B. nennt angeblich eine Zusammenstellung von 1907 die Namen aller, die im zurückliegenden Vierteljahrhundert mitgearbeitet hätten; es kann hier aber allenfalls das Eintrittsdatum genannt zu sein, auch dies aber nicht vollständig, denn hier werden für Wache I im Zeitraum von 25 Jahren nur 38 Ärzte genannt, davon 10 für 1883, nur 2 für 1886 usf. (cf. Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 84f.). Stichproben der einzelnen Jahresabschlüsse ergeben größere Zahlen (1894 werden z. B. insges. 31 Ärzte gezählt); ähnlich auch Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 48, der in 1895 für Wache II. 10 Ärzte nennt und äquivalent: Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1898), S. 11, hier ist in den 3 Wachen von „30 Ärzten und 15 Beamten“ die Rede. Über die personelle Kontinuität sind zuverlässige Aussagen nicht möglich.

¹⁴⁰¹ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Beilage 1, Pag. 13r.

¹⁴⁰² Dass., Nr. 86, Bd. 1, Pag. 75r. Hervorh. weggel.

¹⁴⁰³ Dass., Nr. 86, Beilage 1, Pag. 173rff.

hoben werden – zumindest in der Schwerpunkttätigkeit des Vereins sollte der Vorwurf ausgeschlossen werden, die Wachen entzögen dem Kollegium der niedergelassenen Praktiker die regulären Patienten. Eben deshalb stand ja schon in der Dienstanweisung der Heilgehilfen, sie hätten „unaufgefordert“ jeden Patienten auf die Weiterbehandlung durch einen Arzt hinzuweisen.¹⁴⁰⁴

Überlieferte Statistiken belegen hierzu zweierlei: Der Versuch einer im kollegialen Sinne mißbräuchlich verstandenen Inanspruchnahme durch Patienten scheint von Anfang an nur selten vorgekommen zu sein; im Gesamtbild können wir auch wohl eher von Nichtwissen auf Patientenseite ausgehen. In der Regel werden die Passus zur Kenntnis genommen und respektiert. So schreibt Assmus für das erste Berichtsjahr: „Von den Nichtbehandelten gingen 6 nicht zu dem ihnen zugewiesenen Arzt, 1 entfernte sich von der Wache, in 2 Fällen war schon ein anderer Arzt zugegen und 1 wurde zurückgewiesen.“¹⁴⁰⁵ Im ersten vollen Betriebsjahr 1884 finden wir einen erst 1896 wieder überschrittenen Anteil von Zurückweisungen, er liegt bei geringen 2,3% und sinkt bis 1890 auf ein vorläufiges Minimum von 0,20%, was 6 Fällen entsprach.¹⁴⁰⁶ Es ließe sich einwenden, daß gerade dieser geringe Wert ein Beleg dafür sein könnte, daß die Wachentätigkeit erheblich über den engeren Begriff des Notfalls ausgedehnt wurde. Dafür findet sich aber praktisch kein verwertbarer Hinweis, weder in den städtischen Akten, noch in der sächsischen oder der allgemeinen Ärztespresse, für die ja, man denke an Berlin, schon der Verdacht ein willkommener Anlaß zur Besprechung gewesen wäre.¹⁴⁰⁷ Deshalb, und um Behandlung oder Zurückweisung nicht zu sehr von der Entscheidung des Diensthabenden abhängig zu machen, wird von Assmus auch das legitime Indikationsspektrum vorgeschrieben:

„a., Scheintod und Bewußtlosigkeit, b., Krämpfe, Delirien, plötzliche Lähmungen, c., heftige Schmerzen im Halse oder in der Brust und Athemnoth, d., sonstige Schmerzen im Bauch, e., heftige Diarrhoe und hartnäckige Stuhlverstopfung, f., Harnverhaltung und Blasenkrampf, g., Heftige Blutungen, h., Verletzungen aller Art, i., Verbrennungen und Erfrierungen, k., Vergiftungen, l., Geburten und Abortus, j., plötzliche Todesfälle und Selbstmorde“¹⁴⁰⁸

¹⁴⁰⁴ Abschn. II.C, § 72 der Dienstanweisung für die Unterbeamten bestimmte zusätzlich: „Steht ein Hülfsesuchender bereits in anderweitiger ärztlicher Behandlung, so ist jedesmal vorher dem Arzt vom Dienst darüber, sowie über den besonderen Grund, weshalb statt des bisherigen Arztes die Hülfe der Wache in Anspruch genommen wird, Meldung zu machen“. (Ebda., Pag. 115rff. (Hervorh. weggel.)) Daß diese Bestimmungen noch vor Einführung der GKV und damit dem Konkurrenzwachstum verabschiedet wurden, ist ein Zufall von nicht unerheblicher Bedeutung: Bis zum Wirksamwerden des KVG hatte sich das neue Angebot mit diesen Bestimmungen weitgehend integrieren können.

¹⁴⁰⁵ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 40r.

¹⁴⁰⁶ Nach den Angaben in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 52. Cf. Anhang, Tabelle A6: Behandlungsaufkommen des Samaritervereins.

¹⁴⁰⁷ Den Vorwurf, das selbstgesteckte Feld überschritten zu haben, finden wir vor der Jahrhundertwende allenfalls marginal; in einer Sitzung der Stadtverordneten heißt es (ohne näheren Beleg) z. B. 1891, der Verein „habe auch bei Krankheiten, wie Influenza, Krebs [sic] &c.. eingegriffen. Die Sanitätswachen würden dadurch zu Bureaus für ärztliche Hilfe bei Krankheiten jeder Art.“ Der Umfang der Leistungen wird schließlich 1912 noch einmal Gegenstand der Debatte im Stadtparlament, als der SPD-Stadtverordnete Pollender Verstärkung und schärfere Kontrolle fordert; hier konzidieren selbst mitwirkende Ärzte, daß es zu Überbeanspruchungen durch das Publikum komme. (Cf. Stenogr. Protokoll der Stadtverordnetenversammlung v. 7.2.1912, S. 57 & 59, hier nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 5, Pag. 164r & 165r.)

¹⁴⁰⁸ Zit. nach: Dass., Nr. 86, Beilage 1, Pag. 173ff.. Die Auslassung der im Original vorh. zahlreichen Erläuterungen werden wg. Lesbarkeit hier nt. kenntlich gemacht; Hervorh. orig. Die verwendete Vorlage der Vorschriften datiert von 1892, die Bestimmungen selber stammen aber vermutlich bereits aus der Grün-

In Leipzig wird damit erstmals das Ausgangsfeld expliziert, mit dem sich die Tätigkeit des Samaritervers eins stellvertretend für alle anderen Gesellschaften zukünftig formal organisatorisch ausdifferenziert. Allerdings umreißt diese Bestimmung ja längst mehr als ein Arbeitsfeld für Samariter – und verhältnismäßig spät erst, 1903, vollzieht der Verein die Institutionalisierung seines Aufgabenfeldes als *medizinischer* Notfallversorgung nach, indem er sich nun zuerst „Rettungsgesellschaft“ nennt.¹⁴⁰⁹ Daß gerade hier das Leipziger Unternehmen in seiner konkreten Detailarbeit Vorreiterfunktion hat, wird einerseits im Vergleich zu Berlin deutlich, aus dessen privaten Instituten Bemühungen um eine definitive Abgrenzung nie überliefert sind oder – im Beispiel der Unfallstationen – immer wieder billigend durch integrierte Anschlußbehandlungen verwischt werden. Der Unterschied zeigt sich aber auch, theoretisch-strukturell betrachtet, besonders im Vergleich zur Reclam-Initiative. Diese verarbeitet noch nicht, daß sich hier in ständiger medizinischer Affinität zum Arbeitsbereich der Niedergelassenen und Krankenhäuser ein in der Organisation begründetes neues Arbeitsfeld ergeben könnte. Weder steigendes Angebot noch steigende Nachfrage werden hier reflektiert;¹⁴¹⁰ das Akute wird traditional-universalistisch eingeordnet als stetige Restgröße, und so geht es um nicht mehr als „ärztliche Nachthilfe“ (die sich gerade deshalb vermutlich erheblichen Widerständen gegenüber gefunden hätte, wenn das besser organisierte Parallel-Angebot nicht bestanden hätte!) von einem „Angebot“, der Bereitstellung besonderer Anschlußfähigkeit im schließlich eigenen Interesse ist überhaupt nicht die Rede.

Im Ganzen gewinnen wir mit dieser Einschränkung das Bild einer seit den späten 1890er Jahren weitgehend reibungslosen Integration der Dienstleistungen in den örtlichen Gesundheitsmarkt. Ebenso wie Vorwürfe des Überschreitens von außen selten sind, finden sich auch nur wenige Belege für den Vorgang einer Zurückweisung; ein Beispiel von 1904 deutet aber an, daß die Absage und das Prinzip der Nichteinmischung auch in schweren Fällen die Voraussetzung für eine reibungsarme Kooperation bildete, man also kaum von einer allgemein leichtfertigen Ausweitung der Nachfragebefriedigung ausgehen kann. Im vorliegenden Fall hat sich die Auskunftsstelle der Ortskrankenkasse¹⁴¹¹ für einen Versicherten um nächtliche ärztliche Hilfe an die 1. Sanitätswache gewandt; dieser sei „an Herzerweiterung schwer erkrankt [...] Die Sanitätswache habe aber geantwortet, daß zu derartigen Krankheiten kein Arzt von ihr geschickt werde“¹⁴¹². Die Angelegenheit gelangt unmittelbar zur Anzeige, wobei die Ermittlungen zur Entlastung führen. Dem Versicherten sei

„nach eigener Angabe in derselben Nacht durch den von der Ortskrankenkasse angenommenen und L. Reudnitz [...] wohnhaften Dr. med. Grothe, ärztliche Hilfe zu Teil geworden. || Am 4. dss. Ms. Nachts 1³⁰ ist die 1. Sanitätswache am Nicolaikirchhof telephonisch um ärztliche Hilfe nach Neureudnitz [...] ersucht worden. Dieselbe hat hierauf die 3. Sanitätswache in der Dresdener Str. in Kenntnis gesetzt, von welcher dann

dungszeit; ein undatierter Abdruck später auch bei Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 13.

¹⁴⁰⁹ Cf. Samaritervers ein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 38. Das attribut ist hier im engeren Sinne verstanden.

¹⁴¹⁰ Noch im Oktober 1891 glaubt ein Mitglied der Stadtverordneten-Versammlung, daß durch die Reclam-Einrichtung „in großem Umfange der Zweck, den der Samariter-Verein verfolge, erfüllt werde.“ (StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 213v–226v, Redebeitrag Prof. Richter.) Im selben Jahr wurde diese jedoch in keinem Fall mehr erstattungsweise in Anspruch genommen.

¹⁴¹¹ Seit 1892 stand der Samaritervers ein mit der OKK überdies in Vertrag, um sich eine breitere Einnahmequelle zu sichern. Dieser Sachverhalt beeinflusste gleichwohl die ärztliche Position nicht.

¹⁴¹² StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 304r.

die Ausschickung eines Arztes abgelehnt worden ist. || p. Schumann [...] befindet sich seit dem 6. dss. Ms. in der Behandlung des ebenfalls von der Orts-Krankenkasse für Neureudnitz bestimmten und L. Gr. Blumenstr. 31 wohnhaften Arztes Dr. Limpert.“¹⁴¹³

Der Fall illustriert, daß auch in den wesentlich stärker von Labouring Poor frequentierten Gebieten, welche die Wachen III und IV zu versorgen hatten, die Indikation nur dann unbedingt Berücksichtigung finden mochte, wenn ein diensthabender Arzt sich rückversichert hatte, nicht in die laufende Behandlung eines Kollegen einzugreifen. Dies mochten immer Grenzfälle sein, für die eine Autorisation schließlich über die Exklusivbestimmung des lebensbedrohlichen Notfalles immer vorlag; wie weiter unten (S. 310f.) dargestellt werden wird, liegt in den bevölkerungsreichen Vorstädten Süden und Westen aber mehr Veranlassung für die Wachenärzte vor, hier die Grenze schärfer zu ziehen und die Einwohner auf die reguläre Behandlung durch Kassenärzte zu verweisen.

IV.4 Ausbau und Tätigkeitsfeld der Rettungsgesellschaft in Folge der Kranken- und Unfallversicherung bis zum Vorabend des Krieges

Der Leipziger Samariterverein bildete programmatischen Richtlinien seiner Tätigkeit unmittelbar oder kurz nach der Gründung der ersten Wachen zwischen 1883–85 aus. Strukturänderungen organisatorischer Art finden bis Ende unseres Untersuchungszeitraumes nicht mehr statt. Jeder Ausbau der Tätigkeit in den folgenden Jahren, Schwerpunktverschiebungen oder Ergänzungen findet innerhalb des gegebenen Rahmens statt, der nur eine Voraussetzung benötigt und an diese im engeren Sinne nur zwei Regeln fixiert: Der in der Gesetzgebung verankerte, besondere Hilfe begründende Fall muß als solcher auch von den Dienstleistern im Gesundheitsmarkt anerkannt werden, die legitimiert, parallel zu traditionellen Versorgungsinstituten eine besondere formale Organisation zu entwerfen. Als „Gegenleistung“ wird die weitestmögliche ärztliche Aufsicht und Kontrolle garantiert sowie die Reglementierung der ärztlichen Mitarbeiter im Hinblick auf die Konkurrenz des regulären Praxisangebotes.

Drei Schwerpunkte werden in der späteren Darstellung, vergleichend zu Berlin, besonders aufgegriffen:

- Wie ist der Verein nach seiner Sozialstruktur in die Stadtgesellschaft integriert, welche Verbindungen bestehen hiernach zum Roten Kreuz (S. 322ff.)? Zweitens:
- Wie entwickelte sich das Patientenspektrum und welche Zusammenhänge von sozialer Lage und Verunglückung im Betriebs- bzw. Arbeitskontext sind auffällig; welche Aufgaben übernimmt der Verein im Zusammenhang mit der betrieblichen Erstversorgung (S. 336ff.)? Und schließlich:
- Wie gestaltet sich das weitere Verhältnis zum städtischen Krankenhaus und die Ausbildung des Krankentransportwesens (341ff.)? Diesen Fragen wollen wir einen Überblick zur institutionellen Ausweitung der Vereinstätigkeit voranstellen.

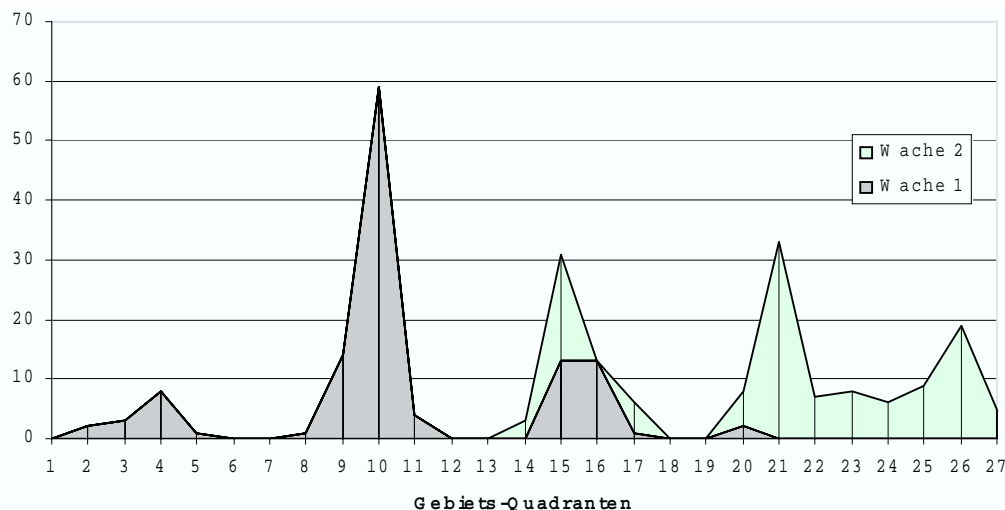
IV.4.1 Skizze der Einzugsgebiete und des Leistungsausbaus bis 1913

Während die Samariterausbildung bis zum Krieg ein Traditionsfeld des Vereins darstellte, die sich stetig und – wenn man von verstärkter Zusammenarbeit mit der Rot-Kreuz-Kolonie absieht – ohne auffällige Veränderungen vollzog, etablierten sich die ambulanten Versorgungsleistungen in den Wachen in bemerkenswertem Umfang parallel zum Ange-

¹⁴¹³ Bericht der Ratshauptwache v. 8.4.1904, in: Ebda., Pag. 305r.

bot des städtischen Krankenhauses und seiner Zweigstelle(n)¹⁴¹⁴. Mit der Verbreiterung des institutionellen Angebotes in räumlicher und zeitlicher Hinsicht ging auch eine Veränderung des Patientenspektrums einher: Während die 1. Wache, gemessen am Berliner Bild „klassisch“, im alten Zentrum eingerichtet wird und von dort aus Versorgungstätigkeiten in alle Richtungen wahrnimmt, werden die bis 1913 insgesamt folgenden drei Wachen bedarfsorientiert in den Siedlungsgebieten um das alte Zentrum eingerichtet. Die erste Erweiterung erfolgt 1885: Im April wird zusätzlich zum Institut Hainstraße an der südlichen Peripherie der Altstadt, Kurprinzstr., eine Station geöffnet, die 1887 in den nahen Peterssteinweg verlegt wird. Über die ungefähre „Arbeitsteilung“ dieser Wachen sind wir durch eine tabellarische Aufstellung Kormanns unterrichtet. Sie verzeichnet nach Straßen 220 Einsatzorte, zu denen Ärzte für Hausbesuche geschickt werden.¹⁴¹⁵ Näherungsweise lassen sich diese Angaben nach Stadtgebiet durch das folgende Häufigkeitsdiagramm darstellen:¹⁴¹⁶

Grafik 5: Einsatznachfrage von Wachärzten, nach Stadtgebiet 1892



(Zur Interpretation der Grafik empfiehlt sich der im Anhang beigelegte Leipzig-Plan:) Die Quadranten 3, 4, 9, 10 und 11 bezeichnen den Norden der Stadt (von außen nach innen), inbegriffen einen Teil der alten Innenstadt, 15 und 16 ergänzen ungefähr den südlichen Teil des alten Zentrums. Alle höheren Nummern auf der x-Achse bezeichnen Gebiete östlich oder süd-südwestlich des Stadtkerns. Die Vollständigkeit der sich ergänzenden Tätigkeit zwischen den Wachen ist kein Zufall, sondern in den großen Einsatzradien von der Hauptwache gesteuert; dabei scheint aber nicht nur der Ort, sondern auch die relative Inanspruchnahme berücksichtigt worden zu sein, denn es liegt praktisch eine Arbeitsteilung von 1:1 vor. Sicher kann das Schema auch sonst nur begrenzt über den allgemeinen Wirkungsradius der Institute Aufschluß verschaffen – Hausbesuche bedeuten ja in der

¹⁴¹⁴ Traditionell verfügte St. Jakob in Plagwitz über ein Nebeninstitut, daß unter dem Gesichtspunkt der Versorgung von Industriebeschäftigten Bedeutung erhalten hatte; die Einrichtung wurde jedoch zugunsten einer Umgestaltung des vormaligen Arbeitshauses St. Georg 1913 geschlossen.

¹⁴¹⁵ Ein einfacher tabellarischer Abdruck nach nicht mehr erhaltenen Unterlagen des Vereins bei: Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 35.

¹⁴¹⁶ Die x-Achse ist mit den in der Planvorlage zeilenweise abwärts verlaufenden Planquadranten gekennzeichnet. Das historische Zentrum Leipzigs liegt hier in den Quadranten 9,10,15,16; die Einteilung folgt dem in Anm. 1394 zitierten Stadtplan Leipzigs; cf. die Wiedergabe im Anhang. Die grafische Darstellung des Diagramms ist kumulativ.

Regel besonders schwere Erkrankungen oder Verletzungen, sie stellen so auch maximal 10% der insgesamt erbrachten Versorgungsleistungen dar;¹⁴¹⁷ ferner fehlen Vergleichsangaben aus anderen Jahren. Aufschlußreich ist dennoch vor allem die Veränderung des Einzugsgebietes in der chronologischen Entwicklung. Gegenüber den oben für 1883 genannten Verteilungswerten nach Stadtgebiet (cf. S. 297) hat sich eine deutliche Verschiebung ergeben: 82% aller Hilfeersuchen gegenüber der alten Wache kommen aus dem alten Zentrum; mit einer Ausnahme ist der früher mit fast 20% vertretene Südbereich gar nicht mehr vertreten, kaum auch der Westen und Osten; noch merkliche Nachfrage kommt schließlich aus den nördlichen Randgebieten. Die Einsätze von Wache II schließen weitgehend nahtlos an: Im südwestlichen bis nordöstlichen Zentrum findet eine deutliche ergänzende Überlagerung der Nachfrage statt (Quadranten 14–17). Das eigentlich kennzeichnende Einsatzgebiet findet die Wache aber von Südwest bis -ost, wobei die Gegend um St. Jakob (22–24) deutlich geringer nachgefragt wird; aus dem Bereich südlich des Krankenhauses (Quadranten 28–30) werden überhaupt keine Einsätze von Ärzten verzeichnet. Die hier wohnhaften Erkrankten fragen vermutlich gleich die stationäre Unterbringung und dafür den Krankentransport von St. Jakob nach, der mit zwei Wagen traditionell explizit „zur Abholung der Kranken“ dient.¹⁴¹⁸ Im selben Jahr interveniert gerade deshalb die Verwaltung bei der Stadt, es seien „die Anforderungen, welche seit Einführung der Krankentransportwagen von Ärzten, Publikum, Polizei, Armenamt, Ortskrankenkasse pp. erhoben werden, [...] jetzt solche, daß sie mit den beiden vorhandenen Krankentransportwagen und mit den drei Pferden kaum befriedigt“¹⁴¹⁹ und mit den vorhandenen Räumlichkeiten nicht mehr bewerkstelligt werden könnten.

Der hier zitierte Einsatzvergleich ist der einzige, der aus dem ursprünglich reichen Dokumentationsmaterial des Vereins noch vorhanden ist; wie sich die Nachfrage unter Einfluß der später hinzukommenden Wachen im Osten und Westen räumlich verändert, läßt sich nicht mehr nachvollziehen. Während des ersten Jahrzehnts der vollen Vereinstätigkeit standen für die ambulante Versorgung nur diese beiden Wachen zur Verfügung. Sie wurden bis ins Frühjahr 1890 ärztlich nur zur Nachtzeit betreut; in der Hauptwache Hainstraße ging tagsüber der Barbier und Heilgehilfe seinen Geschäften nach und war ausschließlich zur Notversorgung von Patienten befugt, die er anschließend an Arzt oder Krankenhaus zu überweisen hatte. Bis 1888 verzeichnete der Verein nur in der zweiten Wache eine deutliche Steigerung der Versorgungstätigkeit, während das Hauptinstitut sich bei ca. 950 Fällen einzupendeln schien. Entsprechend blieb auch die Stadt bei ihrer seit 1885 zugesagten jährlichen Subvention von 1000,– RM. 1888 verzeichnete die Wache I allerdings einen so erheblichen Zuwachs, daß die Stadt erfolgreich ersucht wurde, einen Teil des Defizits mit 2000,– RM zu übernehmen.¹⁴²⁰ Hier wurde zum ersten Mal der 1893 umgesetzte Plan manifest, „auch für die dichtbevölkerte und belebte Ostvorstadt“ eine weitere Wache einzurichten.¹⁴²¹ Dieses sich hier andeutende, immer aus privatem Engagement

¹⁴¹⁷ Cf. unten, S. 329 & 347.

¹⁴¹⁸ Cf. Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), S. 311f.

¹⁴¹⁹ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 247v–49.

¹⁴²⁰ Aus einem ähnlichen Gesuch vom Februar 1889 geht hervor, daß die schon früher als prekär bezeichnete Situation der eben eingemeindeten Orte Reudnitz und Anger-Crottendorf sich noch weiter verschärft habe, und das allgemein ungeachtet der größeren Entfernung rd. 9% aller Patienten aus der Ostvorstadt um Hilfe nachgesucht hätten. Cf. Ebda., Pag. 104ff.

¹⁴²¹ Hinderlich erweisen sich hier wie auch in anderen Schreiben die „hohen Miethpriesel[...], welche in jener Gegend für ein nur leidlich günstig gelegenes [...] Local gefordert“ würden. (Ebda.) Eine ausführliche zeitgenöss. Dokumentation des in Leipzig geradezu chronischen Problems bezahlbaren Wohnraums bei:

erzeugte Wechselspiel von Bedarfsdeckung und Nachfrageerzeugung führte regelmäßig zu Beratungen innerhalb der um Subvention ersuchten städtischen Gremien; ein Großteil des Aktengutes schildert in erschöpfenden Details die jährlich sich steigernden Leistungen des Vereins, während es an Hinweisen auf Probleme exekutiver Art beinahe völlig fehlt: Strukturanpassungen sind bis auf kleinere Revisionen der Dienstverträge Ende der 1890er Jahre nicht zu verzeichnen, auch die erhebliche Steigerung des Patientenaufkommens, die Ausweitung des Transportdienstes und der Wachen selbst führt nur in wenigen Fällen zur Auseinandersetzung im Anbietergeschehen. Dies scheint paradoxerweise einer der maßgeblichen Gründe, weshalb die Entwicklung in Leipzig de facto gegenüber derjenigen Berlins allmählich an Bedeutung verliert und schließlich bemerkenswert freischwebend im Leistungsgefüge quasi-städtischer Wohlfahrtsdienste verbleibt. Nach Etablierung der Organisationsgrundsätze des Vereins bleibt es das Hauptfeld der Auseinandersetzung, welche Rolle die Stadt im Verhältnis zu diesem, zwischen privatfinanzierter Instabilität und professioneller Durchgestaltung schwankenden Verein wahrnehmen solle. Noch 1891, der Verein versorgte chirurgisch-ambulant mit rd. 3000 Fällen beinahe das Viereinhalbfache an Patienten, die im selben Jahr unter der Rubrik „mechanische Verletzungen“ in St. Jakob aufgenommen wurden,¹⁴²² entstand eine kontroverse Debatte unter den Stadtverordneten und Mitgliedern des Gesundheitsausschusses, ob überhaupt, und wenn, bis zu welcher Grenze der Verein weiterhin unterstützt werden solle. Erst 1895 finden wir sowohl aus der wiederholt um Unterstützung angegangenen Stiftungsdeputation wie aus dem Abgeordnetenkollegium selbst entschiedene Stellungnahmen, daß seit 1891 von 3000 auf 2000,— RM reduzierte(!) Subvention angesichts der steigenden Leistungen nicht angängig sei: Nachdem der Verein sich „durch seine bisherige Wirksamkeit [...] in jeder Beziehung bewährt und die Nothwendigkeit seiner Existenz bewiesen“ habe, erklärten die städtischen Vertreter im April darüber hinaus, man solle „namentlich für die Vororte [...] die Einrichtung von Sanitätswachen thunlichst befördern“¹⁴²³. Damit hatte die schon zwei Jahre zuvor vollzogene Eröffnung der 3. Wache in der Dresdener Straße endlich ein offizielles Placet gefunden; fortan erhielt der Verein 6000,— RM jährlicher Subvention, was ungefähr den regulären Einnahmen des Vorjahres entsprach, gleichwohl aber nur ein rundes Drittel der Verpflichtungen deckte.¹⁴²⁴ Nicht nur die Höhe der Unterstützung kennzeichnet aber einen allmählichen tiefergehenden Positionswandel der städtischen Vertreter, sondern deutlicher noch die Verbuchung. Bislang hatte die Stadt ihre Zuschüsse allein aus der sog. „Stiftung eines Menschenfreundes“ abgezweigt, hinter der sich das Legat des Buchhändlers Karl Tauchnitz verbarg. Gerade dieses war „zur Förderung wohlthätiger Zwecke für die Einwohner von Leipzig bestimmt [...] und zwar vorzugsweise solcher, welche den Unbemittelten zu Gute“¹⁴²⁵ kämen, und eben aus diesem Grund komme eine Förderung aus anderen Quellen nicht in Frage. 1895 hatte sich das Bild gewandelt. Die 2000,— aus der

Hasse, E.: Wohnungsverhältnisse in Leipzig... (1886); ferner: „Bericht der AHM Leipzig über die Wohnungsverhältnisse im Bezirke“ v. 1.3.1902 & „Bericht des Rates der Stadt Leipzig die Entwicklung des Wohnungswesens für die minderbemittelten Volksschichten betr.“ v. 11.3.1902, hier nachgew. in:

HstA DD, KHM 553, Pag. 137r–140r bzw. 150r–54r.

¹⁴²² Cf. Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (1891), S. 833.

¹⁴²³ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 370f. (Sitzung v. 13.4.1895.)

¹⁴²⁴ Ärzte- und Unterbeamtenhonorare stellten zu fast gleichen Teilen mit je ca. 6900,— den größten Einzelposten, gefolgt von Miet- und Nebenkosten v. 2200,— RM. Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1894), S. 21.

¹⁴²⁵ Stiftungsdeputation an den Samariterverein, 11. Mai 1890, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 173f.

Stiftung blieben erhalten, hinzu treten nun aber 4000,- RM aus dem Konto der allgemeinen Wohlfahrtspolizei. Der phonetische Unterschied mochte gering sein, die Semantik war es nicht: erstmals erkannte die Stadt an, daß es sich nicht mehr vorrangig um ein Institut der bürgerlichen *Wohltätigkeit* gegenüber der Stadtarmut und Labouring Poor handele. Freilich, im Vergleich zu anderen Kommunen war diese Unterstützung noch immer sehr bescheiden, und die nähere Entwicklung in der Haltung der Stadt wurde dadurch bestimmt, daß einerseits der Aspekt des Städtewettbewerbes in den Vordergrund gebracht werden konnte und gleichzeitig die Nachfrage so erheblich stieg, daß das Abrücken vom ideologischen Standpunkte der Mildtätigkeit noch sehr viel entschiedener vollzogen werden mußte, sollte der Verein der öffentlichen Dienstleistung erhalten bleiben.

Städtewettbewerb und drohende Schließung

Den einen Impuls zur Verstetigung der öffentlichen Unterstützung erfuhr der Leipziger Samariterverein durch die für August 1895 nach Kassel einberufene erste deutsche Samariterversammlung. Die Tagung, die ebenso auf Assmus' Drängen wie noch auf ein Vorhaben des inzwischen verstorbenen Theodor Billroth zurückging¹⁴²⁶, steckte sich weite Ziele: Analog zur kriegsvorbereitenden Sanitätsorganisation des Roten Kreuzes sollte ein Dachverband ins Leben gerufen werden, der alle rettungsdienstlichen Aktivitäten im zivilen Sektor bündeln würde. Dieser Dachverband erhielt 1896 den Namen „Deutscher Samariterbund“ mit Sitz in Leipzig und vereinigte vornehmlich juristische Personen und Körperschaften als Mitglieder.¹⁴²⁷ Assmus wollte ihn als Forum nutzen, um auch Städte und Gemeinden in die Programmatik öffentlicher Notfallversorgung einzubinden und als faktische Träger und Mitgestalter der Zielvorstellungen in die Pflicht zu nehmen. Zumindest formal¹⁴²⁸ hatte er damit verhältnismäßig schnell Erfolg: Schon zur Gründungsversammlung nach Kassel war Stadtrat Rossbach aus Leipzig abgeordnet worden, und als zwei Jahre später mit dem „Deutschen Samaritertag“ die Jahresversammlung des DSB am Ort der Geschäftsführung stattfand, gab es bereits einen Landessamariterverband für Sachsen, 71 kleinere Körperschaften und 28 Städte, die durch insges. 170 Delegierte vertreten waren.¹⁴²⁹ Daß diese Versammlung gerade 1897 in Leipzig stattfand, mußte dem Verein sehr gelegen kommen; hier würde der Oberbürgermeister, im selben Jahr zum Ehrenmitglied erhoben, sich für die Initiative aussprechen können, und der Wettbewerb der Stadtdelegierten würde überdies eine höhere Unterstützung ebenfalls befördern. Sehr offen – und mit einigem Recht – baute der Samariterverein im jährlichen Streit um die Subventionierung auf diesen Vorteil. Berlin zahle seinen privaten Sanitätswachen jährlich 40.000 RM, Dresden mit seinen zwei Instituten habe 20.000 und selbst „eine kleine Stadt wie Stettin“ habe kürzlich erst „für eine zweite zu errichtende Sanitätswache 5800 M, also für beide über 16.000 M ins städtische Budget eingestellt“¹⁴³⁰. Die bisherig von der Stadt Leipzig zugestandenen 7000 RM nahmen sich dagegen eher dürftig aus.

¹⁴²⁶ Cf. Henius, L.: Samariter- und Rettungswesen... (1905), S. 13f.; ein Anschreiben von Loew und Billroth zum Gegenstand in: **StA MS**, Oberpräsidium Medizinalwesen B 8/120, Nr. 3771; insbes. den Exkurs zur Entwicklung des Roten Kreuzes.

¹⁴²⁷ Cf. Henius, L.: Samariter- und Rettungswesen... (1905), S. 13ff.; Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1885), S. 1ff.; sehr ungenau die Darstellung bei Meyer, G.: Entwicklung des Rettungswesens... (1908), S. 70ff.

¹⁴²⁸ Über die im ganzen nur fragmentarisch erreichten Ziele des DSB cf. den Abschnitt unten.

¹⁴²⁹ Cf. „II. Deutscher Samaritertag...“ (1897), S. 159.

¹⁴³⁰ Subventionsgesuch des Samaritervereins v.3.11.1897, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 135r–137v.

Der zweite Anstoß gegenüber Rat und Stadtverordneten, von Wohltätigkeit zu program-matischer Wohlfahrt überzugehen, erfolgte unmittelbar im Anschluß nach dem Kongreß. Im November 1897 erging eine regelrechtes Ultimatum an den Rat, das wohl nur deshalb nicht als Unverschämtheit zurückgewiesen wurde, weil sich die Stadt gegenüber ihrer ge-rade erst hochgelobten national vorbildlichen Samariter-Organisation keine Blöße geben mochte und Alternativen auch nicht bereitstellen konnte. Der Verein, so teilte der Vor-stand mit, stehe kurz vor der Zahlungsunfähigkeit. Dazu habe nicht nur ein unerwarteter Rückgang von Mitgliedsbeiträgen, sondern auch die erheblich gesteigerte Nachfrage bei-getragen; insbesondere seien „immer mehr schwere Fälle, in denen ein Arzt beigezogen werden mußte, zugeführt und zur Bewältigung der vermehrten Arbeit die Anstellung eines Oberbeamten und die Vermehrung des Unterpersonals“¹⁴³¹ nötig geworden. Auch an außergewöhnlichen Ausgaben sei das Geschäftsjahr reich gewesen: nicht nur habe man die erste Sanitätswache wegen Kündigung verlegen und demnach neu einrichten müssen¹⁴³²; auch die Bereitstellung einer besonderen Wache auf der Sächsisch-Thüringischen Gewer-beausstellung und schließlich der Samaritertag „zu Ehren unserer Stadt“ habe die Ausga-ben erheblich vermehrt. In der Tat waren durch die ständige Expansion die Verpflichtun-gen deutlich gestiegen: Hatten die Honorare für Ärzte und Hilfspersonal 1894 noch nicht einmal 7000 RM betragen, so hatten sie jetzt einen Umfang von rd. 15.000 RM erreicht – Grund genug für Assmus, den Rat gehörig unter Druck zu setzen: Es bleibe zum Jahres-ende ein Defizit von 14.000 RM; gelinge es innerhalb der nächsten sieben Wochen nicht, diesen Fehlbetrag zu decken, bleibe „dem Verein nichts Anderes übrig, als [...] zum näch-sten Termin sämtliche Verträge mit den Ärzten und Beamten, sowie die Miethe und son-stigen Verträge zu kündigen“¹⁴³³.

Es ist unwahrscheinlich, daß ein solches Ultimatum unter anderen als den Leipziger Ver-hältnissen irgend eine ernstzunehmende Wirkung gehabt hätte; ganz ausgeschlossen wäre dies zumindest in Berlin gewesen. In der sächsischen Handels-Metropole aber ging nun die Saat auf, die Assmus und sein Kollegium durch die organisatorische Vorarbeit und ihre umfangreiche ehrenamtliche Beteiligung bereitet hatten. Leipzig verfügte über die struktu-rell leistungsfähigste Rettungsgesellschaft des Reiches, die vermutlich sogar noch das Wie-ner Unternehmen überbot. Die Grundsätze des Vereins, der als einer der wenigen unter dem Protektorat des sächsischen Königs Albert stand,¹⁴³⁴ waren innerhalb der letzten drei Jahre auf mehreren Kongressen allgemein als vorbildlich hingestellt worden – da blieb der Stadt, deren Oberbürgermeister zu den Ehrenmitgliedern zählte, keine Alternative. Nicht mit einem Wort erwog man auch nur, den weiland konkurrierend aus der Taufe gehobe-nen Nachhilfe-Verein wiederzubeleben; zu sehr hatte der sich desavouiert und war seine Subvention entsprechend von anfänglich 1000 auf ganze 50 RM p.a. herabgesetzt worden. Auch die früheren ärztlichen Widersacher der Initiative, soweit sie noch lebten, und, wie etwa der Polizeiarzt Eckstein, noch am Ort und im Amt waren, meldeten sich nicht mehr

¹⁴³¹ Ebda.

¹⁴³² Die Erste Sanitätswache befand sich mit der Geschäftsstelle des Deutschen Samariterbundes fortan in den Räumen der ehemaligen Nikolaischule. Nach 1914 wurde das Gebäude – bis 1990 – von der Polizei genutzt. Die neogothische Ausgestaltung der eigentlichen Wachenräume, die gegenwärtig Teil eines Cafés bilden, ist bis heute erhalten geblieben. Die wechselfolle Geschichte auch nach 1945 dokumentiert ein im ehemaligen Operationszimmer aufgetragenes Sinnsspruch-„Fresko“ der Volkspolizei.

¹⁴³³ Subventionsgesuch des Samaritervereins v.3.11.1897, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 135r–137v.

¹⁴³⁴ Der Wortlaut der Anerkennung in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesell-schaft... (1908), S. 15.

zu Gehör; nur Stadtrat Büttner hing dem *ceterum censeo* von der Kurpfuscherei an. Obwohl das Ultimatum im Kern sicher ernstgemeint war, mußte sich der Vereinsvorstand deshalb wohl doch keine Sorgen um den prinzipiellen Ausgang der Angelegenheit machen. In einem vertraulichen Schreiben um Zuschüsse an die Mitglieder des Vereins wurde „eine hervorragende Persönlichkeit“ der Stadt, zitiert, daß sich „ein plötzlicher Wegfall dieses Instituts [...] zur Zeit überhaupt nicht mehr denken“ lasse. Für Finanzausschuß und Rat stellte sich das Szenario denn auch eher als einfaches Rechenexempel dar. Es werde nämlich

„die plötzliche Auflösung der Samariterwachen [...] in weiten [...] Kreisen als ein bedauerlicher Rückschritt im öffentlichen Gesundheitswesen der Stadt empfunden und der Ruf nach ihrer, dann nur unter ausschließlich städtischer Verwaltung möglicher Wiedereröffnung bald laut genug werden. Städtische Regie würde aber sowohl den Wegfall der jetzt noch über 8000 M jährlichen Mitgliedsbeiträge, als auch die kostspielige Besoldung von Beamten [...] im Gefolge haben“¹⁴³⁵.

Diese Stellungnahme zeigt sehr deutlich die programmatische Unsicherheit der Gemeindevertretung. Einerseits hatte man sich längst entschlossen, in der Tätigkeit des Samaritervereins weit mehr zu sehen als charitatives Beiwerk der unumgänglichen Armenpflege. Die Rettungstätigkeiten waren längst im Bewußtsein der Allgemeinheit so verankert, daß sie in der Tat längst zur sich entfaltenden Programmatik der Wohlfahrt, des öffentlichen Gesundheitswesens gezählt werden mußten. Den Übergang zur aktiven Leistungsverwaltung aber wollte man in diesem Bereich dennoch nicht vollziehen. Wenn man zur Begründung der privaten Trägerschaft das so oft und auch andernorts wiederholte altliberale Diktum hörte, man müsse vor der Verausgabung öffentlicher Gelder erst abwarten, ob solche Vereine „genügend Lebenskeime in sich“ trügen, dann wirkte das ideologische Dilemma gerade in Leipzig um so größer: denn nirgendwo sonst hatte eine privat gegründete Vereinigung mit solchem Erfolg ihre expansive Integration in den Gesundheitsmarkt unter Beweis gestellt. Wir werden diesen Sachverhalt noch einmal im näheren Zusammenhang mit der Einbettung der Vereinstätigkeit in die Leipziger Stadtgesellschaft aufgreifen (322ff.).

Städtischer Subventionsvertrag

Bis zum Krieg bildete der im April 1898 erstmals mit der Stadt abgeschlossene Vertrag die Grundlage für die Forführung der Vereinstätigkeit.¹⁴³⁶ „Unter Beibehaltung der derzeitigen Grundsätze für Betrieb und Verwaltung“ solle sich der Samariterverein verpflichten, seine bestehenden Wachen aufrecht zu erhalten. Im Gegenzug schrieb die Stadt ihre Jahressubvention sowie einen zunächst über das 2,5fache dieses Betrages reichenden Garantiefonds (1898: 18.000 RM, 1907: 26.000) unter der Bedingung fest, daß ein Mitglied des Rates bei allen Sitzungen des Vereins, die die Sanitätswachen betrafen, stimmberechtigt teilnehmen könne. Dem Rat der Stadt sei darüber hinaus die Haushaltsplanung vorzulegen und jede dort nicht veranschlagte Investition über 500,– RM genehmigungspflichtig.

Aus den wenigen über die Vorverhandlungen erhaltenen Unterlagen geht hervor, daß die leitenden Mitglieder des Vereins mit dieser Regelung schnell einverstanden waren, und die nächsten Jahre zeigten, daß sie einigen Grund dazu hatten. Anders als die städtischen Vertreter, die wiederholt den Eindruck gewannen, sich einen allzu begrenzten Einfluß auf

¹⁴³⁵ Vorlage des Rates zur Beschlußfassung durch die Stadtverordneten v. 6.12.1897, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 2, Pag. 155r–157r.

¹⁴³⁶ Entwurf und Endfassung in: Ebda., Pag. 10r & v bzw. 189r & v.

die Ausgabenkontrolle verschafft zu haben, hatte doch die ärztliche Leitung erreicht, daß auf die für sie wesentliche Frage der medizinisch-technischen Ausstattung prinzipiell jeder Einfluß ausgeschlossen bleiben würde.¹⁴³⁷ Nicht einmal die Honorierung der ärztlichen Dienstleistungen scheint Gegenstand der Verhandlungen gewesen zu sein. Vermutlich orientierten sich die städtischen Vertreter hier am Votum, das der Vereinsvorstand auf Kritik seiner Revisoren bereits einige Jahre zuvor abgegeben hatte; demnach entspreche der durchschnittlich zu zahlende Satz nicht nur den Sätzen der amtlichen Taxe sondern vergleichsweise auch den in anderen Städten gezahlten Beträgen.¹⁴³⁸ Wenn man sich in Erinnerung ruft, daß in Berlin noch um 1905 große Teile der Stadtverordnetenversammlung die Ansicht vertreten hatten, man solle den ärztlichen Einfluß auf die Leistungsgestaltung des Rettungswesens minimieren, wobei man sich offenkundig von einer gewissen professionellen Arroganz düpiert fühlte, wird an den Leipziger Vorgängen auffällig, wie lautlos sich die faktische Inkorporation der Notfallversorgung in den städtischen Etat vollzog; fast gleichlautend wurde im Oktober 1901 Vertragsverlängerung vereinbart, und auch die Ausdehnung der Vereinstätigkeit durch eine vierte Wache im westlich gelegenen Plagwitz im April 1903 stieß beim Vertreter der Stadt, dem späteren Bürgermeister Weber, nicht auf grundsätzliche Bedenken.¹⁴³⁹ Erst 1910 kam es über die Kontrollregelung zwischen Stadt und Verein zu grundsätzlichen Neuüberlegungen, doch mochte sich die Stadt trotz des seit 1908 immer wieder angestoßenen Gedankens, Samariterverein und Krankentransport der Krankenhäuser zu einem städtischen Rettungswesen zu vereinheitlichen, nicht entschließen. Wenn wir also von faktischer Inkorporation gesprochen haben, dann ist damit allein das finanzielle Engagement gemeint, dessen Ausmaße – hier wieder ähnlich zum Berliner Fall – immer häufiger fragen ließen, ob eine Verstadtlichung nicht doch preiswerter ausfallen würde: Hatte die reguläre Unterstützung 1906 noch 14.000 RM mit

¹⁴³⁷ Cf. die Ratsvorlage zum Vertrag v. 23.2.1898 in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 2, Pag. 168v.

¹⁴³⁸ Cf. die Denkschrift des Vorstandes v. 29.3.1892(?): „Die für die Wachtärzte festgesetzten Honorare sind naturgemäß höhere, als gewöhnlich von den minder gut situirten Bevölkerungsklassen für den Tagesbesuch des auf seiner Tour befindlichen Hausarztes gezahlt werden, da es sich hier um eine beschleunigte, jederzeit bereite Hülfeleistung handelt, zu welcher der diensthabende Arzt für bestimmte Stunden des Tages oder des Nachts und für alle räumlichen Entfernungen verpflichtet ist. | | Die Wachtärzte haben nach der Königl. Sächs. ärztlichen Gebührentaxe und zwar überall, wo die Taxe einen Spielraum zwischen Minimal und Maximalsatz enthält, nur den Minimalsatz zu liquidiren, jedoch für eine Hülfeleistung bei Tage mindestens 3 M und höchstens 10 M, für eine solche bei Nacht (von 9 Uhr Abends bis 6 Uhr Morgens) mindestens 6 M und höchstens 15 M zu beanspruchen.[...] Die Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend, auf welche die Herren Revisoren ausdrücklich Bezug genommen haben, zahlt [...] 3 M für schleunige Hülfsleistung (außer dem Hause des Arztes) bei plötzlichen Unglücksfällen“ (Pos. 9 des Regulatives für die Herren Ärzte p. 1889, Seite 24).“ (**StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Beilage 1, Pag. 11–15.)

¹⁴³⁹ Cf. die handschriftl. Stellungnahme Webers zur Anfrage durch den Samariterverein in: Dass., Nr. 86, Bd. 3, Pag. 238r & v. Erst 1910 wird in einer Stellungnahme von Ratsvertretern deutlich, daß die städtischen Leistungen an den Verein „eine Schraube ohne Ende darstellten“. (Protokoll v. 27.5.1910 in: Dass., Nr. 86, Bd. 5, Pag. 104r–106r.) Wenig später ergeht daher die Beschlußfassung an den Verein, die Zahl der städtischen Vertreter im Vorstand zu erhöhen und sie fortan satzungsgemäß offiziell zu Mitgliedern zu erklären. Die Regelung findet jedoch erst im Oktober 1912 in einer Neufassung der Satzungen Ausdruck, wonach mit Jahresbeginn 1913 „je 2 Mitglieder des Rates [...] und des Stadtverordnetenkollegiums“ vertreten sein sollen. (Briefl. Mitteilung des Vorsitzenden Düms v. 21.10.1912 – übrigens wohl das letzte Schriftstück des Generalarztes, Düms stirbt nach langer Krankheit am selben Tag – Ebda., Pag. 208r.)

einer Gesamt-Garantiedeckung von 18.000 RM betragen,¹⁴⁴⁰ ersuchte der Verein 1910 um eine Erhöhung der inzwischen auf 26 TRM gestiegenen Subvention auf 36.000 RM, weil die Gesellschaft „jedes Jahr mit Verlust abschließe“.¹⁴⁴¹

IV.4.2 Innerärztlicher Widerstand und die Debatte um eine Reorganisation bis 1910

Zu Querelen, die aus der seit 1885 insgesamt unspektakulär verlaufenden Entwicklung hervorstachen, kam es 1903 aus Richtung der Ärzteschaft. Hier haben wir seit der Gründungszeit des Vereins zum ersten Mal ein Konfliktszenario vorliegen, das sich strukturell von den Berliner Diskussionen nicht mehr unterschied. Diese Auseinandersetzungen wirken aber auch deshalb eigenartig, weil sich bereits zehn Jahre zuvor, gemessen an der Lage in der Reichshauptstadt, Anlaß dafür geboten hätte. 1894 nämlich hatte der Verein beschlossen, die bisher auf den Inneren Ring und den Südwesten konzentrierte Versorgung auf den Osten der Stadt auszudehnen. Am 1. Juli war so, unmittelbar neben den Räumen eines Speiselokals¹⁴⁴², eine Sanitätswache in der Dresdner Straße eingerichtet worden, die bereits im ersten vollen Rechnungsjahr 1180 Patienten versorgte, davon 82% von Unfallfolgen. Nachdem der Vorstand in seiner Denkschrift bereits wenig zuvor zur Kenntnis genommen hatte, daß auch in Leipzig der Haupteinwand der ärztlichen Gegner des Vereins darin bestehe, „daß derselbe dazu befrage, die berechnete Existenz des ärztlichen Standes, welche durch die Ortskrankenkassen schon untergraben sei, durch billigere Anerbietung in illegaler Concurrenz noch mehr zu gefährden“¹⁴⁴³, läge die Erwartung nahe, daß ein solcher Widerstand sich auch deswegen bei Neueröffnung einer Wache bemerkbar gemacht hätte, weil diese nun in ausgesprochener Nachbarschaft zum städtischen Krankenhaus lag. Da St. Jakob traditionell einen vergleichsweise hohen Anteil chirurgischer Akutfälle absorbierte – wie unser Rufradius der Wachen I und II bestätigt hat –, wäre hier eine Interessenskongruenz von niedergelassenen und Klinikärzten zu vermuten; falls es eine solche gegeben hat, ist sie jedoch nicht aktenkundig geworden. Zehn Jahre später nun war dies anders:

Widerstand gegen neues Wachenprojekt

Als der Samariterverein erstmals innerhalb des westlich der Pleiße gelegenen Ballungsraumes eine Außenstelle einrichten will, erhebt sich durch den Ärzteverein Leipzig-Land breiter Widerspruch. Erstmals überhaupt findet sich jetzt eine Zeitungsmeldung im Aktenmaterial zum Samariterverein, welche solche ärztliche Konfliktlagen thematisiert. So berichten die Leipziger Neuesten Nachrichten, daß der Bezirksverein, „dem fast alle Ärzte der westlichen Stadtteile angehören“¹⁴⁴⁴, vorstellig werden wolle, falls das Vorhaben verwirklicht werde. Schließlich gebe es in Plagwitz nicht nur eine hinreichende Zahl praktischer Ärzte, sondern ebenso die Zweigstelle von St. Jakob, seit neuestem das Diakonissenkrankenhaus im benachbarten Lindenau, sowie eine Privatklinik, die, so heißt es expli-

¹⁴⁴⁰ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 66r.

¹⁴⁴¹ Stenogr. Protokoll der Stadtverordnetenversammlung v. 8.6.1910, Beitrag Reinhardt, in: Ebda., Pag. 324r.

¹⁴⁴² Cf. die diesbez. hygienische Beschwerde in: StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 5, Pag. 135r & v.

¹⁴⁴³ Dass., Nr. 86, Beilage 1, Pag. 10–13.

¹⁴⁴⁴ Die Zugehörigkeit spiegelt noch die vor 1889 bestehende Exklusivität des innerstädtischen Bereiches; de facto ist die Mehrzahl der westlichen Vororte (Plagwitz, Lindenau, Schleußig, Klein-Zschocher) jedoch seit 1891 eingemeindet.

zit in einem späteren Schreiben an den Rat, „jederzeit für frische Verletzungen zur Verfügung steht“¹⁴⁴⁵. Das Fazit der versammelten Ärzteschaft lag nahe und liest sich wie eine Stellungnahme der Berliner ärztlichen Nachhilfe aus den 1880er Jahren gegenüber deren Konkurrenten: „Wir würden ein solches Unternehmen gern befürworten, wenn wir irgend ein Bedürfnis dafür anerkennen könnten.“ Aufgrund der geschilderten Infrastruktur müsse man jedoch „die für eine Samariterstation aufzuwendenden Kosten als unnötig verausgabte ansehen“ und bitte „deshalb, von einer etwa erbetenen Unterstützung des geplanten Unternehmens absehen zu wollen.“¹⁴⁴⁶ Diese Formulierung deutet darauf hin, daß es der Samariterverein, anders als 1882, in dieser Angelegenheit offenbar nicht mehr für nötig gehalten hatte, sich mit dem zuständigen Ärzteverein ins Benehmen zu setzen; ob diese Verfahrensänderung auf den Wechsel im Vorstand zurückzuführen ist – Assmus war im Mai 1901 an einer Nierenerkrankung gestorben – oder sich eher ungewollt ergeben hatte, ist unklar. Interessant ist, in welchen Doppelfunktionen ärztliche Positionen hier bezogen werden können. Unterzeichner des Protestschreibens ist Max Goetz, als Stabsarzt d.R. Vorsitzender des Ärztevereins Leipzig-Land und Vorstandsmitglied des Leipziger städtischen Ärztevereins. Er ist mit eigener Praxis in Plagwitz ansässig; sein Vater, Ferdinand Goetz (1826–1915), ist Delegierter des Ärzte-Bezirksvereins Leipzig für den Medizinalbezirk Leipzig. In der 1. Reichstags-Legislaturperiode für den 13. Wahlkreis von Arbeitervereinen zum Vertreter gewählt¹⁴⁴⁷, ließ er sich 1887 als Kandidat der Nationalliberalen aufstellen; seine Wahl fochten die Sozialdemokraten mit dem Vorwurf massiver Wahlmanipulationen an.¹⁴⁴⁸ Goetz Sr., Armen-, Schul- und Leichenschauarzt gehört dabei, anders als der Sohn, zumindest zeitweilig zu den Befürwortern des Samaritervereins; 1885 ist er als Mitglied der ärztlichen Kommission für die Sanitätswachen ausgewiesen. Geradezu ein Musterfall für Interessenkumulation, die auch in Berlin häufig nicht nur bei Exponenten wie Bergmann vorgekommen sein dürfte, ist der in Plagwitz ansässige Arzt Christian Meyh.¹⁴⁴⁹ 1901 ist er im örtlichen Adreßbuch als Spezialarzt für Chirurgie ausgewiesen – wie wir schon festgestellt hatten, eine um die Jahrhundertwende noch übliche, und zu mancher kollegialen Verärgerung führende Hervorhebung des neuen Stellenwertes dieser Disziplin. Meyh unterhielt beim Ausbruch des Konfliktes seit einigen Jahren mit einem Kollegen eine chirurgische Privatklinik. Mit 29 Betten war es die zweitgrößte nach der Klinik von Göpel mit 34 und gefolgt von Tillmanns‘ Institut mit 25 Betten. 1899 waren dort 224 weibliche und 50 männliche Patienten gepflegt worden.¹⁴⁵⁰ Daneben war Meyh offenbar in der Plagwitzer Zweigstelle von St. Jakob tätig. Er unterstützte den Widerspruch des Ärztevereins und erklärte, „daß selbst bei größeren Unglücksfällen [...] die in dem Leipziger Krankenhause getroffenen Einrichtungen nach jeder Hinsicht genügten.“¹⁴⁵¹ Inwieweit die Sanitätswache in der Weißenfelder Str. der Privatklinik von Meyh Konkurrenz machte, läßt sich nicht dokumentieren – im innerstädtischen Gefüge beruhte ihre Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft ja offenbar eher auf der attraktiven Zubringer-

¹⁴⁴⁵ Dass., Nr. 86, Bd. 3, Pag. 189.

¹⁴⁴⁶ Schreiben des Bezirksvereins Leipzig-Land an den Rat der Stadt, v. 3.4.1903, ebda.

¹⁴⁴⁷ Cf. Fricke, D.: Handbuch zur Arbeiterbewegung... (1987), Bd.2, S. 752 und: Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 49, Anm. 92.

¹⁴⁴⁸ Cf. die ausführliche Dokumentation in: **SächsStAL**, AH Leipzig, Nr. 10, bes. Pag. 26r–33v.

¹⁴⁴⁹ Nicht zu verwechseln mit dem 1903 verstorbenen Kommerzienrat Ernst Mey, der den Einrichtungen des Samaritervereins aufgeschlossen gegenüberstand; 1896 rief dieser eine Stiftung ins Leben, die den Unterhalt an Krankentransportgeräten für den Verein sicherstellen sollte.

¹⁴⁵⁰ Cf. Guttstadt, A. (Hg.): Krankenhaus-Lexikon... (1901), S. 668.

¹⁴⁵¹ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 187v.

funktion Verletzter. Ob Meyh einen Patienten- oder mindestens Bekanntheitsverlust tatsächlich befürchtete, oder ob der Samariterverein eines Widersachers ledig werden wollte – im selben Jahr kam es immerhin soweit, daß er als ständiger Wacharzt des neuen Institutes unter Vertrag gestellt wurde.¹⁴⁵²

Etwas merkwürdig erscheint jedoch, daß wir von Seiten der St.-Jakob-Zweigstelle keinen aktenkundigen Protest finden, denn hier vollzog sich eine Entwicklung, die trotz des fragmentarischen Materials wohl doch so auffällig ist, daß wir sie auch mit der Existenz der Sanitätswache in Verbindung bringen können. Schon um die Jahrhundertwende war deutlich geworden, daß die Neuaufnahmefrequenz dieses Hauses stetig nachließ – ein Trend, der sich bis kurz vor dem Krieg fortsetzte: lag die Zahl 1901 noch bei 651, waren es 1906 nur noch 602 Neuaufnahmen; 1912 war der Krankenbestand auf 505 abgesackt (im selben Zeitraum war im Zentralkomplex von St. Jakob die Krankenzahl hingegen von rd. 8350 auf beinahe 18.500 gestiegen). Ähnlich sah es mit der Aufnahmeveranlassung aus: Hatten 1901 noch 100% aller Patienten das Krankenhaus aus eigenem Anlaß aufgesucht, waren es 1906 nur mehr 75%. Etwa 12% waren von der Zentralstelle verlegt worden, die übrigen 18% entfielen vermutlich zum größeren Teil auf die Vorversorgung durch die Sanitätswache. Sieht man die Belegung differenziert nach Diagnosen, ergibt sich auch hier ein Nachlassen: 1901 entfielen von 650 Neuaufnahmen noch 78 unter die Rubrik „mechanische Verletzungen“, 1906 waren es nur noch 55. Diese Entwicklung resultierte allerdings nicht nur aus der Gründung der neuen ambulanten Station. Denn die Zweigstelle Plagwitz hatte nicht nur durch den Samariterverein, sondern wohl mehr noch zur Jahrhundertwende als öffentliches Krankenhaus eingeweihte evang. Diakonissenhaus Konkurrenz bekommen. Dessen chirurgische Abteilung unter der Leitung von Heinrich Braun war mit zwei Operationssälen und 76 Betten am 24.10.1900 eröffnet worden, um insbesondere „der Bevölkerung des dichtbesiedelten, industriereichen Leipziger Westens“ eine Anlaufstation zu bieten.¹⁴⁵³ 1905 vollzog Braun hier 557 Operationen, davon 77 Frakturen.¹⁴⁵⁴ Hinzu kam von Anfang an eine chirurgische Poliklinik, in der 1902 1376 Kranke behandelt wurden.

Der ärztliche Protest wirkte auf das Vorhaben des Vereins nicht nach. Das lag wohl nicht nur an der vertraglich zugesicherten Unterstützung der Stadt, sondern wieder einmal am privaten Engagement. Hatte der Ärzteverein Leipzig-Land gehofft, mit Berufung auf die Untunlichkeit höherer Subventionen das Unternehmen im Ansatz verhindern zu können, wurde der Rettungsgesellschaft durch ein Mitglied ein Legat von 10.000 RM(!) vererbt¹⁴⁵⁵, weshalb, wie der Vorsitzende Düms im Hinblick auf die Planung für 1904 dem Rat mitteilte, „der Vorstand zuversichtlich hoffen [dürfe], den Betrieb der IV. Sanitätswache ohne Inanspruchnahme besonderer Mittel unterhalten zu können“¹⁴⁵⁶.

Zwischen Subvention und Kommunalisierung

Mit der Tätigkeit der Wache in Plagwitz erreichte die Vereinsausdehnung ihren Höhepunkt. Allerdings wuchs die Frequenz des neuen Institutes erst langsam: Noch 1905 ver-

¹⁴⁵² Aus dieser Anstellung ergaben sich wenig später Beschwerden v. Patienten. Cf. den in Anm. 1551 vorgestellten Fall.

¹⁴⁵³ Meis, P. (Hg.): Fünfundsiebzig Jahre Diakonissenhaus... (1966), S. 36. Cf. auch Anm. 1226.

¹⁴⁵⁴ Ebda., S. 44.

¹⁴⁵⁵ Stifter war Buchhändler Mackenroth; 3000 RM wurden hierfür für die Einrichtung der Wache veranlagt. Cf. Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 35f.

¹⁴⁵⁶ Schreiben v. 29.7.1903, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 261ff.

zeichnete die Wache mit 790 Fällen erst ein knappes Viertel des Aufkommens der Zentralwache am Nikolaikirchhof; bis 1909 jedoch sehen wir in Plagwitz die stärkste Steigerung: Während die Nachfrage im Zentrum gegenüber dem vorgenannten Jahr „nur“ um 45% zunimmt, ergibt sich hier ein Wachstum von 173% (2160 Behandlungen). Während sich die Vereinstätigkeit nach dem Abflauen des Ärzteprotestes zwischen 1903 und 1909 im wesentlichen ohne äußerlich registrierte Veränderungen vollzog, deutete sich in diesem Zeitraum ein Bedarf für durchgreifenden Strukturwandel an, der sowohl das Verhältnis zur Stadt, wie auch zum städtischen Krankenhaus neu zur Diskussion stellte; der letztere Gesichtspunkt: das organisatorische Verhältnis zum städtischen Krankenhaus und seinen Krankentransporteinrichtungen wird weiter unten noch Gegenstand der Betrachtung sein (S. 341ff.). Nur die Frage der weiteren Integration der Vereinstätigkeit in das eigentliche städtische Aufgabenfeld, die bis zum Ende der Untersuchungszeit keiner Lösung zugeführt wurde, soll hier als Abschluß der chronologischen Skizze noch angerissen werden; systematisch betrachten wir sie später im Zusammenhang mit dem Krankentransport.

Den Ausschlag für eine mögliche Umgestaltung des Rettungsdienstes gab einerseits die erstmals 1907 publik gewordene Absicht der Stadt, die dem Samariterverein für die Hauptwache überlassene Nikolaischule als Polizeiwache umzuwidmen. Den anderen Anlaß bildete wieder einmal die Diskussion um Begrenzung der Ausgabensteigerung, die aus der Intensivierung des Krankentransportes neue Nahrung erhalten hatte. (Im Resultat mündeten beide Überlegungen darin, ohne Reorganisation des Krankentransportes keine zufriedenstellende Problemlösung anbieten zu können.) Seit der Rat im Dezember 1907 erklärt hatte, der Samariterverein müsse sich mittelfristig für seine Zentralwache nach anderer Unterkunft umsehen, hatte die Stadt sich im Grunde selbst unter Zugzwang gesetzt, darüber zu entscheiden, ob und wie sie das Rettungswesen künftig organisieren wolle. Angesichts der bestehenden Vereinbarungen und wegen seiner anerkannt umfangreichen öffentlichen Leistungen konnte die Stadt dem Verein nicht einfach die logistischen Grundlagen entziehen, ohne sich an der Diskussion um Alternativen zu beteiligen. Wie aber konnten diese aussehen? Der Samariterverein selbst wünschte seit langem eine stärkere räumliche und organisatorische Zentralisierung seiner Tätigkeit; Anfang des Jahres 1909 nahm der Vorsitzende zu dieser Frage ausführlich Stellung und favorisierte, ohne es beim Namen zu nennen, die Koppelung des Berliner und des Leipziger Systems: Zentraler Bettennachweis, zentrales Transportdepot, dies jedoch unter verantwortlicher Leitung der Rettungsgesellschaft, nicht etwa der Krankenhäuser.¹⁴⁵⁷ In gewisser Weise lag Düms damit auf einer Linie mit St. Jakob, das traditionell einen Großteil des Krankentransportes absorbierte, bereits aber 1892 betont hatte, es betrachte diesen bei weiterer Ausdehnung als eine dem Krankenhaus „fremde Nebenaufgabe“¹⁴⁵⁸, und seitdem prinzipiell an dieser Auffassung festhielt. Die Krankenhausverwaltung wollte jedoch ein neugeregeltes Transportwesen nicht gerne unter Leitung der Rettungsgesellschaft, sondern in Angliederung an die – eher als neutral beurteilte – Feuerwehr organisiert sehen.¹⁴⁵⁹ So nahe für die Stadt wiederum die Angliederung an deren Logistik lag, mochte sich der Rat doch nicht dazu durchringen, verfolgte im Grunde aber auch keine klare Alternative. Erkennbar blieb auch

¹⁴⁵⁷ Cf. Düms' Schreiben v. 20.1.1909, in: Dass., Nr. 86, Bd. 4, Pag. 214r–219v.

¹⁴⁵⁸ Dass., Nr. 86, Bd. 1, Pag. 247v–249.

¹⁴⁵⁹ Cf. Stellungnahme v. Sept. 1906 in: Dass., Nr. 86, Bd. 4, Pag. 79v. Die Gründe hierfür werden nicht explizit. Wahrscheinlich ist ein hin- und wieder behaupteter Vorwurf des Patientenentzuges, der jedoch einem zahlenmäßigen Beleg nicht standhielt.

jetzt statt wohlfahrtlicher Programmatik das Primat der Ausgaben diskussionsbestimmend.

Besonders an diesem Punkt ist gegenüber dem bisher für Berlin Festgestellten¹⁴⁶⁰ eine deutliche Zurückhaltung kommunaler Gestaltungshoheit auszumachen. Noch 1913 heißt es in einem Bericht an das Reichs-Innenministerium, es sei „der privaten Fürsorgetätigkeit eine weitreichende Beteiligung [...] übrig gelassen worden“, doch habe sich die Stadt zugleich so weitreichenden Einfluß gesichert, „daß auch für Zukunft keinerlei Bedenken“ bestünden, „an den bisher bewährten [privaten] Einrichtungen festzuhalten.“¹⁴⁶¹ In der Einwohner- und Bürgerschaft gewann hingegen die Ansicht an Boden, es handele sich beim Rettungsdienst um ein städtisches Aufgabenfeld. Aus der Tatsache jedoch, daß Verwaltungsarbeit und Finanzierung Voraussetzungen während der ersten Jahre aus der Bürgerschaft heraus sehr exponiert erfüllt werden, befestigte sich innerhalb der politischen Klasse der Eindruck, dieses Engagement allein im Wege der subventionierenden Eingriffsverwaltung unterstützen zu müssen. Während solche Politik aber z. B. gegenüber den Revierwachen in Berlin mit ihrem vergleichsweise geringen Fallaufkommen genügen mochte, indem sie dem geringen Anspruch an öffentliche Fürsorge so wie dem unsteten privaten Engagement noch genügte, konnte angesichts einer auf Städtetagen sichtbar werdenden Expansion kommunaler Leistungsverwaltung solches Vorgehen zunehmend unangemessen erscheinen: Wenn die Wachen immer weniger eine auf ärmere Erwerbsklassen oder Erwerbslose bezogene Aufgabe im Sinne erweiterter Armenpflege erfüllten, sondern zunehmend eine am allgemeinen akzidentellen Vorkommen orientierte öffentlichkeitsbezogene Tätigkeit wahrnahmen, dann konnte mit Recht ein programmatisches Engagement der gewählten Vertretungskörperschaft verlangt werden.

Im Oktober 1908 fand zunächst die Besichtigung möglichen Baugrundes für den Samariterverein in der Nachbarschaft des Feuerwehrdepots statt, den der Oberbürgermeister Dittrich vorgeschlagen hatte; da die Brandschützer aber gegenüber dem Rat die Meinung vertraten, den freien Platz für Übungen und zum Parken selbst zu benötigen, sprach sich der Rat im April 1909 jedoch wieder gegen das Projekt aus¹⁴⁶² und erwog statt dessen, in der unweit gelegenen Lessingstraße ein städtisches Grundstück bereit zu stellen. Kurz darauf legte der Samariterverein nun aber seinen Haushalt für das Jahr vor, in dem er nicht nur um eine Erhöhung der jährlichen Garantiesumme von 23.000 auf 33.000 RM für das Folgejahr, sondern auch um eine einmalige Beihilfe von 9000 RM ersuchte. Angesichts dieser Kalkulation und der im Ungewissen schwebenden Investitionen für einen Neubau, herrschte in der Finanzdeputation sofort wieder sichtliches Zögern, ob und was man nun überhaupt entwerfen solle; gerade erst hatte man die zumindest räumliche Nachbarschaft zur Feuerwehr abgelehnt, da fragten nun Stadtrat Göhring und Bürgermeister Roth, ob man nicht doch „das ganze Unternehmen [...] organisatorisch der Feuerwehr angliedern könne.“¹⁴⁶³ Der spätere Nachfolger Roths, Weber, hingegen gab sich weitsichtiger, wenn er konterte, die Stadt könne die Organisation nicht bei geringerem Kostenaufwand leisten, daher sei die beantragte Beihilfe nolens volens zu gewähren. Ein Jahr lang wurde die Angelegenheit verschleppt, dann erging die Nachricht an den Verein:

¹⁴⁶⁰ Ähnliches scheint nach der historischen Überblicksliteratur auch für andere Städte zu gelten; cf.: Frank, E.: Entwicklung des Rettungswesens... (1925) und Bruckmeyer, Fr.; Hesse, E.: Rettungs- und Krankenbeförderungswesen... (1937).

¹⁴⁶¹ **StA-L**, Wohlfahrtspolizeiamt, R 68, Pag. 42r.

¹⁴⁶² Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 226r–227r.

¹⁴⁶³ Sitzung der Finanzdeputation v. 27.5.1909, in: Ebda., Pag. 239v. Cf. auch unten, S. 350f.

Die Stadtverordneten sahen sich nicht in der Lage, die dauerhafte Subvention zu erhöhen, ebenso müsse man die rückwirkende Beihilfe auf 6000 RM kürzen.¹⁴⁶⁴ Und die Abgeordneten schoben gleich noch nach: man halte es für „richtig, die Beziehungen zwischen dem Samariterverein und denjenigen städtischen Verwaltungszweigen, zu deren Aufgabe die Pflege der öffentlichen Wohlfahrt gehört, inniger zu gestalten und insbes. die neuerdings angeregte Frage der Zentralisierung des Samariterdienstes [...] gemeinschaftlich zu bearbeiten.“¹⁴⁶⁵ Das sollte heißen: die Stadt war sich bewußt, daß sie um eine Übertragung des vollständigen Rettungsdienstes inklusive Krankentransport auf den Samariterverein wohl nicht herum kommen würde, auch wenn man voraussah, daß dies den „Anfang der Übernahme des Samariterdienstes auf die Stadt Leipzig bedeute“.¹⁴⁶⁶ Aber bis dahin sollten immerhin die Mitbestimmungsmöglichkeiten über die Vereinsaufgaben effektiviert werden. Nach einer lebhaften Debatte im Juni 1910, bei welcher der SPD-Verordnete Pollender kräftig gegen den Verein zu Felde zog und die Ansicht vertrat, eine Kommunalisierung komme den Haushalt wesentlich preiswerter,¹⁴⁶⁷ beschwichtigte der Bürgermeister: Es sei inzwischen „aufs genaueste berechnet“ worden, welchen Preis die Alternativen besäßen, und wenngleich eine Entscheidung noch nicht gefallen sei, sei man sich doch für die anstehenden Verhandlungen darüber „völlig klar, daß beide städtische Körperschaften im Vorstand des Samaritervereins einen entscheidenden Einfluß haben“¹⁴⁶⁸ müßten. Diese Entscheidung bildete das Faustpfand, den die Stadt für ihre zukünftigen Pläne dem Verein abgewann. Ideell im Grunde noch immer davon entfernt, sich zur vollen Verantwortung für die Übernahme des Rettungsdienstes in städtische Regie zu entscheiden – und damit freilich auch die vollständige Kontrolle zu gewinnen – sollten Organisation und Durchführung in der eigentümlichen bisherigen Doppelträgerschaft bleiben: Auf der einen Seite die Idee des mitgliedergestützten privaten Engagements aus der Bürgerschaft heraus, auf der anderen in der programmatischen Tätigkeit von medizinischer Dienstleistung das (semi-)professionelle, kontraktlich vergütete Handeln. Die stärkere Kontrolle durch die städtischen Vertreter sollte hier vor allem bewirken, daß die bisher im medizinischer Anschlußperspektive so erfolgreich ausgebildeten Strukturen dort endlich einen wirksamen Filter vorgesetzt bekamen, wo die selbstgesetzte juristische Beschränkung der Aktivitäten: die ausschließliche Erstversorgung, nicht genügte, die Ausgabensteigerung in allgemein vertretbarem Rahmen zu halten. Hier bewiesen die Stadtverordneten Weitblick. Denn eine Reorganisation des Krankentransportes durch Übertragung auf den Samariterverein unter Ägide medizinsystemischer Ausgestaltungswünsche mußte der Kostenexpansion ganz neue Tore öffnen – ließ sich doch mit dem Argument einer präventiv orientierten und per se nicht zu begrenzenden „besseren“ Transportversorgung vollständig innerhalb des Rahmens der ärztlichen Ersthilfe argumentieren. Diesen Gegenstand wollen wir jedoch im eigenen Abschnitt mit dem Krankentransport und der dortigen chronologischen Schilderung der Jahre 1910–14 weitergehend erörtern.

¹⁴⁶⁴ Cf. Mitteilung v. 15.6.1910, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 5, Pag. 106v–107v.

¹⁴⁶⁵ Ebda., Pag. 106v–107v.

¹⁴⁶⁶ Ebda., Pag. 104r–106r.

¹⁴⁶⁷ Cf. Protokoll der Stadtverordneten-Sitzung v. 8.6.1910, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 324r. Pollender war Redakteur bei der Leipziger Volkszeitung und zeitweilig Vorsitzender der Leipziger Ortskrankenkasse, die um 1910 rd. 2 Drittel der Klientel des Samaritervereins finanzierte. Er gehörte zu den entschiedenen Gegnern der bisher praktizierten bürgerlichen Vereinstätigkeit; vermutlich geht auf ihn auch ein Protestartikel in der LVZ vom 30. Januar 1912 zurück, indem die vorgebliche „Undurchführbarkeit der Verstädtlichung“ angeprangert wurde. (Dass., Nr. 86, Bd. 5, Pag. 157v.)

¹⁴⁶⁸ **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 324v..

Unter den auf S. 308 genannten drei Leitfragen soll nun die bisher chronologisch orientierte Darstellung systematisch-punktuell erweitert werden. Zunächst werden wir die Einbettung des Vereins in die städtische Gesellschaft verfolgen; dann fragen wir nach nach sozialer Schichtung und beruflicher Zugehörigkeit der Patienten. Abschließend erörtern wir die Struktur des Krankentransportes zu sprechen kommen.

IV.4.3 Sozialstruktur und Berufe der Vereinsmitglieder

Bisher haben wir verfolgen können, wie die Stetigkeit privater Spenden- und Dienstbereitschaft ebenso wesentliches Kennzeichen wie auch zunehmend unentbehrliche Bedingung der Vereinstätigkeit im Verhältnis zur Stadt darstellte. Dieses gegenüber Berlin, aber auch unter Vorbehalt auf den ländlich-kleinstädtischen Bereich wie Minden übertragen, sehr ausgeprägt wirkende Merkmal wird verständlicher durch die Frage nach der Rückbindung des Vereins in der örtlichen Bevölkerung nach beruflicher und sozialer Stellung. Ebenso, wie die Grundlagenarbeit der Rettungsgesellschaft bisher weder als Tätigkeit innerhalb des Leipziger Vereinslebens zum Gegenstand geworden ist¹⁴⁶⁹, wurde auch dieser Aspekt des Samaritervereins aus den vorhandenen Überlieferungen bisher nicht verfolgt. So überträgt vielmehr die einzige neuere Skizze zur Leipziger Notfallversorgung angebliche, nicht näher spezifizierte Angaben von Gerd Moschke und stellt es fest, daß es sich bei den Samaritern des Vereins „fast ausschließlich um Arbeiter und kleine Angestellte“ gehandelt habe¹⁴⁷⁰. Bemerkenswert ist diese Aussage nicht nur, weil der behauptete Sachverhalt ja die von Moschke in der Tat überzeugt vertretene These der dringenden historischen Notwendigkeit einer antibürgerlichen Samariterkolonne eigentlich ins Gegenteil verkehrt hätte.¹⁴⁷¹ Aber aus dem Belegmaterial läßt sich nur eines herauslesen: Arbeiter sind vor dem Krieg als Mitglieder kaum vertreten; Angehörige des Neuen Mittelstandes sind nur in einer besonderen Abteilung stärker nachweisbar. So ist insgesamt zunächst auch in bezug auf den Samariterverein das von Brandmann für die Leipziger Stadtgesellschaft typisch gezeichnete Bild übertragbar: Demnach war „für das kommunalpolitische System Leipzigs [...] eine enge soziale und politische Verflechtung der kommunalen Verwaltungsspitze auf der einen und dem (national-)liberalen städtischen Großbürgertum auf der anderen Seite charakteristisch.“¹⁴⁷² Schon einleitend (S. 284) hatten wir die soziale Schichtung der 1884 gegründeten Kommission der Sanitätswachen und des Vorstandes betrachtet; fast zwei Drittel gehören hier dem Bildungsbürgertum (incl. freier Berufe) an; nehmen wir die 5 ständig vertretenen Ärzte aus, so kommen wir noch immer auf 54%. Beinahe 20% in diesen Gremien repräsentieren dann den Alten Mittelstand, die übrigen sind Angehörige des Besitzbürgertums, davon die Mehrzahl Bankiers.

Dieses exklusive Schichtungsverhältnis in der Vereinleitung wird im Sample der Gesamtmitglieder etwas relativiert. Das gedruckt vorliegende Material des Vereins verzeichnet für 1906 sämtliche ordentliche Mitglieder nach Name und Beruf.¹⁴⁷³ Aus einer Intervall-Stichprobe¹⁴⁷⁴ (SP) und einer kontrollierenden Zählung (Z)¹⁴⁷⁵ ergibt sich: Unter der Gesamt-

¹⁴⁶⁹ Cf. den knappen Überblick bei: Oehme, U.; Staude, Fr.: Leipzigs Aufstieg... (1990), S. 208f.

¹⁴⁷⁰ Burgkhardt, M.: Außerklinische Notfallversorgung... (1987), S. 794. Die dort angegebene Referenz von Moschke (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschlands...(1977)) erwähnt den Samariterverein jedoch überhaupt nicht.

¹⁴⁷¹ Cf. auch: Moschke, G.: Leipziger Kolonne des Arbeiter-Samariter-Bundes... (1975).

¹⁴⁷² Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 45.

¹⁴⁷³ frühere Verzeichnisse ähnlicher Art sind nicht überliefert.

¹⁴⁷⁴ Es sei darauf hingewiesen, daß es sich auch hier nicht um eine Zufallsauswahl handelt.

heit der Mitglieder stellen – im Gegensatz zur Leitungskommission – die Angehörigen des Alten Mittelstandes den stärksten Anteil mit 39,4 (SP) bzw. 42,1% (Z). Es folgen – auch dies bemerkenswert – die Angehörigen des Besitzbürgertums mit 36,5% (Z=34,4%) und schließlich, weit verändert gegenüber dem in der Wachenkommission 1884 nachgewiesenen Anteil, die Angehörigen des Bildungsbürgertums mit nur noch 18,5%.¹⁴⁷⁶ Weit abgeschlagen finden wir schließlich die Gruppe des Neuen Mittelstandes, also Subalternbeamte, techn. Berufe, Expedienten &c., die „kleinen Angestellten“, die Burgkhardt hervorgehoben hatte: sie repräsentieren nur 2,8% der ordentlichen Mitglieder. Und Labouring Poor schließlich finden sich weder in der Auszählung noch in der Stichprobe. Auch hier kann man einwenden, daß es sich allein um das Ergebnis eines Stichjahres handelt, die Verteilungswerte zu anderen Zeiten abweichen können; doch bei der Ausprägung der Unterschiede erscheint es wenig wahrscheinlich, daß sonst zumindest die Angehörigen der Labouring Poor stärker vertreten gewesen sein sollten, zumal, wenn man den Mindestmitgliedsbeitrag von 5 RM p.a. berücksichtigt.

Das Binnensplitting der sozialen Schichtung ist gleichfalls aufschlußreich.¹⁴⁷⁷ Von den 178 über die Stichprobe erfaßten Mitgliedern bilden die größte Gruppe selbständige Kaufleute (25%). Es folgen die als Firmen eingetragenen Mitglieder mit 20,8%, dann die Bankiers und Privatiers mit rd. 16 v. Hundert und schließlich die Angehörigen des Bildungsbürgertums mit rd. 11% (excl. Ärzte). Bemerkenswert niedrig erscheint der Wert für die Angehörigen des polygraphischen Gewerbes bzw. der Buchdruckereien: mit 6,7% ist es nächst den kleinen Angestellten die zweitniedrigste Fraktion, knapp darüber das klassische Handwerk mit 7,3 v. Hundert. Erhebliche Unterschiede ergeben sich damit im Verhältnis zur sozialstrukturellen und beruflichen Gliederung der Gesamtbevölkerung. Das Mitgliederspektrum unterscheidet sich nicht nur stark gegenüber dem durch die Eingemeindungen zunehmenden Anteil der Arbeiterbevölkerung, sondern ebenso in Bezug auf Änderungen von Funktionsstrukturen in der Arbeits- und Produktionsorganisation und Verwaltung: 1907 stellen Arbeiter in mittelständischen und industriellen Großbetrieben 54% des Bevölkerungsanteils, im Verein sind sie als einfache Mitglieder hingegen nicht vertreten; und auch der Anteil der Angestellten von knapp 3% ist um so auffälliger, als in Leipzig „die Angestellten- und Beamtenquote im sächsischen Vergleich an der Spitze“¹⁴⁷⁸ lag. Damit bestätigt sich die auch in Berlin in Andeutungen belegte durchweg bürgerliche Prägung der Unternehmung, für welche der Verein die klassische Organisationsform bildet.

¹⁴⁷⁵ Z und SP rekrutieren sich aus der Liste von N=1043 Mitgliedern des Jahres 1906 (Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 189–206). Die Berufe für die ersten 158 Mitglieder der Liste wurden vollständig ausgewertet, von der zweiten Teilgesamtheit (Nrr. 159–1043) wurde eine 20%-Auswahl nach regelmäßigem Intervall gebildet (n_{SP}=178).

¹⁴⁷⁶ Im folgenden werden nur noch die %-Werte der Stichprobe genannt. Der gesunkene Anteil läßt sich nur eingeschränkt auf die Zurechnung der Ärzte zu dieser Schicht zurückführen. In der leitenden Wachenkommission von 1884 stellten Mediziner knapp 10%, bezogen auf alle ordentlichen Mitglieder – sind es nun immerhin noch 7,3%. Der absolut stärkste Rückgang ist also unter den staatsbediensteten Angehörigen des Bildungsbürgertums festzustellen.

¹⁴⁷⁷ Unter die Angehörigen des „Besitzbürgertums“ haben wir bei den Mitgliedern auch Firmen begriffen. Den alten Mittelstand haben wir geteilt in: Angehörige des Polygraphischen- bzw. Buchdruckereigewerbes, klassische selbständige Handwerker und selbständige Kaufleute.

¹⁴⁷⁸ Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 32 mit Verweis auf die Volkszählung von 1925: Demnach ist die Zahl der Arbeiter bis dahin etwas zurückgegangen (rd. 47%), während die Angestellten und Beamten rd. 33% der Bevölkerung repräsentieren.

Organisierte Laienhilfskräfte: Einbindung und Disziplinierung

Angepaßt an die Gliederung der männlichen Stadtgesellschaft¹⁴⁷⁹ sieht das Spektrum in einer besonderen Gruppe von aktiven Bereitschaftskräften aus, die 1894 konstituiert wurde. Es handelte sich hierbei um eine sog. „freiwillige Hilfsmannschaft“, die „den Zweck [verfolgte], die ständigen und zeitweiligen Sanitätswachen und Stationen des Vereins in ihrer Wirksamkeit zu unterstützen“¹⁴⁸⁰. Diese Sondereinheit, die insbes. für den situativen Einsatz bei „Massenunglücksfällen“, Großveranstaltungen u.ä. vorgesehen worden war, adaptierte am auffälligsten die sonst vorwiegend von den Sanitätskolonnen des Roten Kreuzes her eingeführten militärischen Formations- und Ablaufstrukturen (s.u.). „Die freiwilligen Hilfsmannschaften (Samariter)“, heißt es in der Dienstvorschrift, „bilden Züge, welche unter je einem Zugführer aus 4 Abtheilungen zu je 12 Mann bestehn. Jede Abtheilung wird in 3 Doppelroten eingetheilt und steht unter einem Abtheilungsführer. || Jeder Abtheilung ist außerdem ein Hornist beigegeben.“ Und später heißt es explizit: „Die Untergebenen haben im Dienst ihre Vorgesetzten militärisch zu grüßen.“¹⁴⁸¹ Die Gründungsgeschichte des Samaritervereins ist durch ihren Vorsitzenden Stabsarzt Rühlemann von ständigen Affinitäten zur paramilitärischen Basis der Rot-Kreuz-Vereine geprägt; ähnlich war auch die Esmarchsche Samariteridee selbst bestimmt, die der Kieler Generalarzt mit Ausdrücklicher „Rücksicht auf den Krieg“ hatte verwirklicht sehen wollen. Dennoch sind diese Passus in der Dienstanweisung für die freiwilligen Mannschaften bemerkenswert. Sie bestätigen nicht nur den Grundsatz des Stabsarztes Kimmle, es sei im Roten Kreuz nur der Eintritt und der Austritt freiwillig¹⁴⁸². Sie spiegeln ebenso Eigenart und Freiräume der von Rühlemann und Assmus konzipierten medizinisch-professionell orientierten Gesellschaft in ihrer sozialen Verankerung, die sich als eine Trias darstellen: Auf der einen Seite die hauptamtlichen und tonangebenden Akteure des Vereins, entweder Angehörige des Ärztestandes oder, unter deren Kuratel, semiprofessionelle Dienstleister, welche das ärztliche Ziel der Inaugurierung und schließlich tendenziellen Monopolisierung ambulant-akuter Versorgungen ebenso erst ermöglichen wie durch eigene Vorteilsnahme (pauschale hohe Entlohnung) vorantreiben. Zweitens die bürgerlichen Rezipienten eines renovierten Wohltätigkeits- und Vereinsgedankens, den diese ebenso aus philanthropischen Erwägungen als Mitglieder (vorwiegend finanziell) unterstützen, wie sie sich damit gleichzeitig für die Eventualität des eigenen Bedürfnisses der Hilfe versichern. Und schließlich diese Gruppe, in der sich strukturell die aus ärztlicher Sicht integrative Rendite des Vereinsmodells am stärksten niederschlägt: Die Freiwillige Hilfsmannschaft besteht ausschließlich aus Samaritern, aber eben als hier *organisierten* Akteuren, die situationsbezogen eingebunden werden, während sie grundsätzlich außerhalb des Teilsystems stehen, für das sie sich dort engagieren.

¹⁴⁷⁹ Im Kontext der Vereinsarbeit und Ausbildung der Notfallversorgung sind Frauen vollständig ausgeblendet oder marginalisiert (dies gilt allein nicht für die Vaterländischen Pflegevereine des Roten Kreuzes); weibliche Mitglieder im Samariterverein hingegen werden, wenn überhaupt, in den Listen nur geführt soweit sie sich im Witwenstand befinden. Eric J. Hobsbawm stuft dies als zeittypisches Wahrnehmungsproblem, als Ausdruck von Unsicherheit, ein: Ders.: *Kultur und Geschlecht...* (1988).

¹⁴⁸⁰ Vorbemerkung zur Dienstordnung v. 19.7.1894, nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 342ff.

¹⁴⁸¹ §§ 1 & 22 der Dienstordnung v. 19.7.1894, nachgew. ebda., Pag. 342ff.

¹⁴⁸² Cf. den Exkurs zum Roten Kreuz.

Anders aber als die einzeln in der Bevölkerung ausgebildeten Hilfskräfte, die zufällig vor Ort sein können oder nicht, und die deshalb auch weniger der ärztlichen Disziplinierung unterworfen werden können und müssen, weil die Chance unangemessenen Handelns sehr gering bleibt, bildet die organisierte Bereitschaft, vergleichbar den Heildienern, ein ernstzunehmendes Potential von Devianz. Während aber die Kontrolle der Heildiener sehr unmittelbar praktiziert werden kann, erscheint die militärische Organisation der Hilfsmannschaft also nicht nur aus effizienztaktischen Gründen nötig. Während „jeder unbescholtene Mitbürger über 18 Jahre“ sich enrollieren lassen kann, schlagen sich die Bedenken der Professionals vor der Pfuscherei deutlicher als in jeder anderen Dienstweisung nieder: „Jede mißbräuchliche, nicht innerhalb der Grenzen der augenblicklichen Nothülfe sich haltende Behandlung von Kranken, auch ohne Entgelt, wird mit dem sofortigen Ausschluß bestraft; auch wird ein solcher Mißbrauch nach Umständen unter Namensnennung öffentlich bekannt gemacht werden.“¹⁴⁸³ Auf dieser Basis kommt es dann sogar zu selbständig durchgeführten praktischen Übungen mit einer bemerkenswerten Führung; allein 1898 finden 14 solcher Veranstaltungen „unter Leitung des Herrn prakt. Arztes Wörner und des Herrn Kaufmanns Stoll statt“¹⁴⁸⁴. Kein Ausnahmefall also: Seit Gründung der Mannschaften üben vorzugsweise kooperativ mit den Ärzten Angehörige des Alten Mittelstandes oder technischer Berufe Führungsfunktionen aus; in der unmittelbaren Leitung sind zunächst vertreten 3 Kaufleute, 1 Buchhändler, 1 Werkmeister und 1 Privatier.¹⁴⁸⁵

Aus der Besetzung der Mannschaft selbst, die von 1894–1906 überliefert ist, bestätigt sich gegenüber der einfachen durch Geldzahlung erworbenen Mitgliedschaft die angesprochene Verschiebung der Sozialstruktur: In der praktischen Einsatzarbeit sind die Kategorien 1 und 2 der sozialen Schichtung, Besitz- und Bildungsbürgertum, nahezu nicht mehr vertreten (insges. 4,1% gegenüber 78% in der leitenden Kommission(!) bzw. noch 36,5% in der Gesamtheit der einfachen Mitglieder). Die Hilfsmannschaft mit ihren im genannten Zeitraum rd. 170 Mitgliedern beträgt nur rd. 10% der passiv-zahlenden Gesamtmitgliedschaft; das erscheint bei dem höheren Zeitaufwand nachvollziehbar. Doch erstaunt das hohe Engagement der (klein-) bürgerlichen Angehörigen des Alten Mittelstandes: 61% rekrutieren sich aus dieser Schicht (gegenüber 39% als einfachen Mgl.). Die größte Einzelfraktion überhaupt stellen die selbständigen Kaufleute mit 26%, und erst hier kommen auch der Neue Mittelstand und erstmals die Labouring Poor zum tragen: 25% sind als Angestellte, Angehörige der technischen Berufe und unteren Beamte vertreten, 9% schließlich als Arbeiter. (Dahinter, das sei noch einmal angemerkt, verbergen sich keine großen absoluten Zahlen, jeder Prozentpunkt steht nur für 1,7 Personen; die Verschiebung gegenüber dem Spektrum der einfachen Mitglieder ist dennoch sehr auffällig.)

Funktionale und sozialstrukturelle Affinitäten zur Rot-Kreuz-Kolonne

„Nach unten“ hin invertiert, nach oben und im Gesamtbild her aber auffallend ähnlich, zeigt sich die Mitgliederstruktur der Leipziger Rot-Kreuz-Kolonne, die wir hier vergleichend skizzieren wollen. Wir hatten schon im Exkurs zum Roten Kreuz die Besonderheiten und Probleme einer Integration des paramilitärischen Vorbereitungsdienstes der Gen-

¹⁴⁸³ § 25 der Dienstordnung v. 19.7.1894, nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 342ff. Solch scharfe Bestimmungen finden sich im Vereinskontext nirgends sonst. Nur das ALR mit seinen einschlägigen Bestimmungen (Teil II. Ti. 20., §§ 783 & 793) reicht an diese Ächtung heran.

¹⁴⁸⁴ Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1898), S. 11.

¹⁴⁸⁵ Ebda., S. 18.

fer Vereine in die Strukturen öffentlicher Notfallversorgung erwähnt und hatten dabei auch die Konflikte mit dem in Leipzig gegründeten Dachverband „Deutscher Samariterbund“ nachgezeichnet. Die Leipziger Sanitätskolonne der Genfer Konvention war auf Anregung des zur selben Zeit Vorsitzenden des Samaritervereins, Stabsarzt August Düms, 1891 initiiert worden, nachdem das Präsidium des Sächsischen Militär-Vereinsbundes Ende der 1880er Jahre mehrfach ohne größere Wirkung auf die Bildung solcher Kolonnen gedrängt hatte.¹⁴⁸⁶ Was die lokale Tätigkeit anbetrifft, haben wir es über den gesamten Untersuchungszeitraum tendenziell mit Einheiten zu tun, die eine Betätigung im Feld der zivilen Notfallversorgung im engeren Sinne nicht oder nur soweit anstreben, als die dabei auftretenden Szenarien in militärischer Planung verwertbar waren: Die Kolonne „erstrebt die Ausbildung ihrer Mitglieder für den Transport und Begleitdienst bei Kranken und Verwundeten [...] zum Zweck der Sicherung einer sofortigen wirksamen Unterstützung des Militär-sanitätsdienstes im Mobilmachungsfall“ hieß es in den Instruktionen.¹⁴⁸⁷ Deswegen sollte die Kolonne im „Bedarfsfalle [...] auch in Friedenszeiten Mannschaften zur ersten Hülfeleistung bei großen Menschenansammlungen [...] sowie bei besonderen Nothständen zur Verfügung stellen.“¹⁴⁸⁸ Mit dieser Zielsetzung trat die vom Samariterverein wenig später gegründete Hilfsmannschaft strukturell in Konkurrenz zur Tätigkeit der Genfer Kolonne; gleichwohl scheint diese Tatsache längerfristig unter den Mitgliedern keine Auseinandersetzungen hervorgerufen zu haben;¹⁴⁸⁹ auch die Doppelfunktion der im Samariterverein leitend tätigen Ärzte als Leiter der Feldübungen und als Ausbildungsärzte bewirkte erstaunlicherweise auf lokaler Ebene keine merklichen Konflikte.¹⁴⁹⁰ Diese Reibungslosigkeit ist eben um so bemerkenswerter, als wir schichtbezogen von einer starken Überlagerung des Mitgliederpotentials ausgehen können.¹⁴⁹¹

¹⁴⁸⁶ Cf. den gedruckten Bericht über die Kolonne in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 472, o. Pag., S. 3f. Obwohl wir für die lokale Kolonne seit der Jahrhundertwende eine höhere Rate an Neueintritten verzeichnen können, scheint auch die Leipziger Rot-Kreuz-Vereinigung vom immer wiederkehrenden Problem nachlassenden Engagements gekennzeichnet zu sein, wie es sich auch anderen sächsischen Kolonnen seit Ende der 1880er Jahre stellte. Cf. die Landesdarstellung von Schmidt in: Kimmle, L. (Hg.): Sanitätskolonnenwesen vom Roten Kreuz... (1908), S. 107–13.

¹⁴⁸⁷ Eine typische Ausbildungssituation schildert der zit. Bericht schon für das erste Jahr der Tätigkeit: Für die neu ausgebildeten Mannschaften habe daher „am 29. Dezember 1892 eine Nachtübung auf dem Wiesenterrain [...] vor dem Frankfurter Thore statt. [...] Der Übung, die von [...] Herrn Stabsarzt Dr. Düms geleitet wurde, war folgende Idee zugrunde gelegt: [...] „Am Exmittirtenhause waren deutsche Vorposten von feindlichen Truppen angegriffen. [...]““ (**StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 472, o. Pag., S. 9.)

¹⁴⁸⁸ Instruktionen der Leipziger Kolonne vom Roten Kreuz (undatiert, ca. 1899), ebda., o. Pag., S. 29ff.

¹⁴⁸⁹ Nach 1894, dem Jahr der Gründung der Hilfsmannschaft, ist allerdings eine mehrjährige vielleicht sogar vollständige Eintrittsvakanz bei der Rot-Kreuz-Kolonne zu verzeichnen (cf. das Verzeichnis der aktiven und inaktiven Mitglieder der Kolonne nach zehnjährigem Bestehen; die Stammrolle verzeichnet die Mgl.-Nr. 91 für 1894, nächstfolgend Nr. 98, die dem Jgg. 1898 zugeordnet ist. Der Zentralwert für alle Jgge., in denen Zuwachs verzeichnet wird, liegt bei 16 Mgl. p.a.. Ausgewertet wurde die Mgl.-Liste in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 472, Pag. 29r–30r.) Über die Parallelgründung der Hilfsmannschaft liegt keine explizite Erklärung vor.

¹⁴⁹⁰ Gleichwohl ist anzunehmen, daß die Abteilung eine erste Abgrenzung des ärztlichen Samaritervereins gegenüber dem zentral-militärisch kontrollierten Roten Kreuz darstellte, wie sie wenig später durch Gründung des „Deutschen Samariterbundes“ reichsweit versucht wurde.

¹⁴⁹¹ Basis: Mgl.-Liste der Hilfsmannschaft in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 60f.; für die Rot-Kreuz-Kolonne: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 472, Pag. 29r.

Tabelle 15: Soziale Schichtung in Leipziger Ersthelfer-Kolonnen

Schicht	Hilfsmannschaft 1894–1906	RK-Kolonne 1891–1901
Bildungsbürg.	1,7	0
Besitzbürgertum	2,4	2,2
Alter Mittelst.	61,0	57,6
Neuer Mittelst.	25,1	13,0
Labouring Poor	9,6	27,2

Auffällig ist hier die ungefähre Verkehrung der Anteilswerte von Angestellten und Labouring Poor. Die lokale Rot-Kreuz-Organisation vermittelt offenbar geringeres Sozialprestige als die aktive Mitarbeit im Samariterverein, ist andererseits aber für eine größere Zahl von Gelegenheitsarbeitern, Gehilfen &c. attraktiver. Der Anteil der Arbeiter ist allerdings auffällig gering: 1892 ist der erste, und 1901 ein „Fabrikarbeiter“ verzeichnet. Der größte Anteil der Labouring Poor wird von Markthelfern, Packern und Lageristen gestellt.¹⁴⁹² Auch in der Hilfsmannschaft des Samaritervereins sind Arbeiter begrifflich die Ausnahme, die Bezeichnung wird erstmals 1900, der erste „Fabrikarbeiter“ 1902 genannt. Eine plausible Erklärung für diese Abweichungen innerhalb einer gleichartig ausgerichteten Konkurrenz konnte zum einen in der Notwendigkeit der Entrichtung eines Mitgliedsbeitrages für den Samariterverein liegen; allerdings war eine Mitarbeit auch als außerordentliches Mitglied denkbar, wofür der Jahresbetrag bei 1 RM lag. Die stärkere Mitgliedschaft von Labouring Poor in der RK-Kolonne ist daher wohl am ehesten als Ausdruck einer traditionellen Verbundenheit mit den örtlichen Kriegervereinen zu verstehen, aus denen zahlreiche der Genfer Kolonnen hervorgegangen waren. Hier konnte die paramilitärische Organisation der Hilfsmannschaft des Samaritervereins die darüber hinausgehenden Identifikationssymbole der Vereinstätigkeit vom Roten Kreuz: insbes. die prestigeverbundenen öffentlichen Exerzierauftritte, nicht ersetzen, die zu besonderen Anlässen wie Stiftungsfeiern mit einem umfangreichen Begleitprogramm den ideologischen Sammlungscharakter der deutschen Vereinsorganisation des Roten Kreuzes immer wieder nachhaltig unter Beweis stellten.¹⁴⁹³

Finanzierungsfragen und Mitgliederentwicklung

Wie sahen schließlich die geldwerten Leistungen der Vereinsmitglieder aus? Wir sind hierüber nur für das Jahr 1906 wirklich umfassend informiert.¹⁴⁹⁴ Neben der einfachen or-

¹⁴⁹² Ein ungefährender Landesvergleich für 1908 ergibt, daß unter den 3457 registrierten Mitgliedern der sächsischen Rot-Kreuz-Sanitätskolonnen 21% „Arbeiter“ und 46% „nichtseltständige Handwerker“ (hingegen nur 9,4% selbstständige Handwerker), und 17% „Lehrer, Kaufleute und Beamte“ waren. Cf. die Tabelle von Schmidt in: Kimmle, L. (Hg.): Sanitätskolonnenwesen vom Roten Kreuz... (1908), S. 113. Die Leipziger RK-Kolonnen weist einen Anteil von nur 3,3% Kaufleuten aus, auch hier ein deutlicher Unterschied zur Hilfsmannschaft, die derer 26,3% verzeichnet.

¹⁴⁹³ Cf. hier bes.: n.n.: Freiwillige Sanitätskolonne vom Roten Kreuz... (1906). Zu den Bestandteilen dieser Sammlungsfunktion gehörte seit der Jahrhundertwende auch verstärkt das Engagement in den Interessengebieten Wilhelminischer Weltpolitik; mehr noch als auf dem Gebiet der ersten Hilfe zeichnete sich die örtliche Kolonne, wie das Leipziger Tageblatt 1904 meldete, durch „Sammlung von Beiträgen für die Hilfstätigkeit bei auswärtigen Kriegen“ aus. Cf. Moschke, G.: Leipziger Kolonne des Arbeiter-Samariter-Bundes... (1975), S. 17f.; Cf. ausführlich zu den Einsatzgebieten: Kimmle, L. (Hg.): Das Deutsche Rote Kreuz... (1910).

¹⁴⁹⁴ Cf. die Zusammenstellung in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 188–206.

entlichen Mitgliedschaft, die jährlich mit 5 RM abgerechnet wurde, gab es „nach oben hin“ naturgemäß keine Grenze des Engagements; den Status eines offiziellen „Wohltäters“, deren Namen nach Satzung in der Wache angeschlagen wurden, erreichte ein Mitglied durch eine einmalige Zahlung von mind. 300,– RM; bis 1906 verzeichnete der Verein 26 solcher Spender, die vom Mindestbetrag aufwärts bis 20.000 verausgabten.¹⁴⁹⁵ So eindrucksvoll dies wirkt, so hielten sich doch insgesamt auch die besser situierten regulären Mitglieder mit außergewöhnlichen Beiträgen zurück: Von den 33 Stichproben-Angehörigen aus dem Bildungsbürgertum im RJ begnügen sich immerhin 27 mit der Mindestzahlung. Ähnlich sieht das Verhältnis in der nach „Besitz“ bestimmten Schicht aus: Unter den 37 gewerblichen Mitgliedern (Firmen) zahlen 27 den Mindestbetrag, sechs das Doppelte. Knapper kalkulieren die *privaten* Mitglieder aus dem Besitzbürgertum: Von 28 Fällen der Stichprobe zahlen hier nur drei mehr als 5 RM; die Zahlungen von Angehörigen des Alten Mittelstandes verhalten sich ähnlich: Von 70 Personen zahlen 63 nicht mehr als den Mindestbetrag. Folglich liegt auch der Zentralwert für die Stichproben-Gesamtheit nur bei 5, das arithm. Mittel bei 6,2 RM. Daß ein Verein, dessen öffentlichem Engagement keine intrinsische Begrenzung gesetzt ist als die der Finanzierbarkeit steigender Nachfrage und verbesserter Ausstattung, auf Basis solcher zwar stetigen aber doch schmalen Beiträge immer wieder vom Ruin gefährdet war, liegt auf der Hand. Schon im ersten vollen Rechnungsjahr der Wachen (1884/85) standen einer Gesamtausgabe von 6667,– RM (davon rd. 1700,– für Arzthonorare) nur 2285,– RM an Jahresbeiträgen gegenüber.¹⁴⁹⁶ Dieses Verhältnis verschlechterte sich bis in die 1890er Jahre weiter, zudem auf sehr viel höherem Niveau: 1897 flossen dem Verein zwar rd. 8240,– RM regulärer Beiträge zuzüglich besonderer Spenden von 1200 RM zu; diesem Betrag stand jedoch ein geplantes Haushaltsvolumen von mehr als 40.000 RM gegenüber (davon allein rd. 30.000 RM für Gehälter von Ärzten und Gehilfen), von denen am Jahresende 7000 RM ohne Deckung verblieben.¹⁴⁹⁷ Solche Vakanzen mußten sich bei der geschilderten uneindeutigen Position des Rates und der Stadtverordneten noch bedrohlicher auswirken, wenn sogar das Maß traditioneller Unterstützung aus der Bürgerschaft ausblieb.

Eine solche Entwicklung setzte bereits erkennbar Ende der 1890er Jahre ein, (sie war Anlaß der städtischen Sofortgarantien von 1897), und auch in den Folgejahren war eine Umkehr dieses Trends nicht zu verzeichnen. So lesen wir in einem Subventionsgesuch von 1908 Klagen über erheblichen Mitgliederschwund; „eine Vermehrung der Mitglieder [habe] trotz eifrigster Agitation zu keinem erfolgreichen Ergebnis geführt“. Es sei die Zahl „von 2172 im Jahre 1898 mit 9547,50 M Beiträgen auf 1785 Mitglieder mit 7900,25 M Beiträgen im Jahre 1907 zurückgegangen.“¹⁴⁹⁸ Es waren also Beiträge und Zuwendungen pro Mitglied im Durchschnitt zwar fast unverändert geblieben; doch während die Spenderzahl selbst sank, wuchs die Nachfrage von etwa 7000 auf rd. 10.000 Fälle.¹⁴⁹⁹ Hier manifestiert sich das für das Gesundheitswesen des späten 19. Jahrhunderts strukturell typi-

¹⁴⁹⁵ Cf. das Verzeichnis in ebda., S. 186f. Das arith. Mittel liegt deshalb bei rd. 2240,–, der Zentralwert beträgt jedoch 500.

¹⁴⁹⁶ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1885), o. Pag.

¹⁴⁹⁷ Cf. Schreiben des Vorstandes an den Rat v. 3.11.1897, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 2, Pag. 135r–137v.

¹⁴⁹⁸ 20 Jahre zuvor lag der Mitgliederstand bei 1261, war also im folgenden Jahrzehnt zunächst um 72% gestiegen; cf. Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 16.

¹⁴⁹⁹ Cf. Statistisches Jahrbuch Leipzig... (1914), S. 114; die dort genannten Fallsummen (für 1907=11345) zählen aber Einsätze mit, die in den Jahresberichten des Samaritervereins selbst nicht aufgeführt sind. Für 1907 liegt ein solcher Jahresbericht nicht vor, der gen. Wert ist also nur ein Anhaltspunkt.

sche Problemverhältnis von Ausdifferenzierung, Nachfragesteigerung vs. Kostenbegrenzung. Ganz besonders im Akutbereich gibt es (außer der medizinischen Begrenzung, die längst vereinbart ist) keinen Höchstbetrag, der das Zurückweisen einer Behandlung oder eine Versorgung, die weit unterhalb des sonst praktizierten Aufwandes läge, zulassen würde.

Was einige Stadtverordnete gegenüber den Verhältnissen der 1870er Jahre als „Bequemlichkeit des Publicums“ stigmatisieren, ist ja das widerwillige Eingestehen der Tatsache, daß eine zunächst aus Privatinitiative motivierte und finanzierte Erweiterung des Versorgungsangebotes einen gewissen Schwellenwert überschritten zu haben scheint, hinter den zurückzutreten mit Rücksicht auf die öffentliche Meinung und das Ansehen der Stadt im kommunalen Vergleich kaum mehr vertretbar scheint. Dem steht zugleich die Wahrnehmung dieses Nachfragepotentials gegenüber, daß der Unterhalt des inzwischen bestehenden Versorgungsmaßstabes kaum mehr allein der Privatinitiative überlassen werden könne. Bereits 1897 finden wir im Zusammenhang mit der drohenden Schließung des Vereins eine Stellungnahme des Vorstandes, die kaum übertrieben und auch nicht nur auf die Leipziger Situation angewandt gerechtfertigt erscheint:

„Behufs Erlangung der nöthigen Rücklage hat der Vorstand trotz der bisherigen Resultate noch einmal an die Mitglieder des Vereins sich gewendet, kann aber bezüglich der Deckung seiner jährlichen Bedürfnisse [...] nicht immer wieder von Neuem an die Wohlthätigkeit des Publikums appelliren. Es widerspricht der Ansicht des Vorstandes von der Würde der Sache und der Bedeutung der Institute, immerwährend mit Ansprüchen an seine Mitbürger heranzutreten, die mehr oder weniger auf diese den Eindruck der Bettelei machen.“¹⁵⁰⁰

Zehn Jahre später hat sich die Situation noch weiter verschärft. Das Versorgungsangebot des Vereins mit seinen 4 Wachen hat sich inzwischen so im öffentlichen Bewußtsein verankert, daß der Verein in einem Subventionsgesuch dem Rat mitteilt, er müsse auf seine „an die Bürgerschaft ausgesandten Gesuche um Förderung unserer Aufgaben durch Beitritt zur Rettungsgesellschaft [...] oft die Antwort in Empfang nehmen, der öffentliche Rettungsdienst sei die Angelegenheit der Stadt, zu der man nicht gewillt sei, etwas beizutragen.“¹⁵⁰¹ Wie steht es also „um die Bedeutung der Institute“, welcher Art sind die Leistungen, um deren Finanzierung die Bürgerschaft privat und in ihrer politischen Vertretung so nachhaltig gebeten wird?

IV.4.4 Zum Leistungsspektrum der Rettungsgesellschaft

Räumliche Bezugspunkte und Laienschulungen

Art und Umfang der medizinischen Dienstleistungen zählen zu den am besten dokumentierten Bereichen der Unternehmung; ein Schwachpunkt des erhalten gebliebenen Materials ist, daß wir über die räumliche Herkunft der Nachfrage im allgemeinen eher ungenau informiert sind. Anders als im Fall der Berliner Revierwachen, deren Inanspruchnahme im Regelfall an den Wohnsitz im umgrenzenden Polizeibezirk geknüpft war, besteht eine solche Regelung für die Leipziger Institute nicht. Gleichwohl liegt eben eine Besonderheit für Leipzig darin, daß ein Großteil des Nachfragepotentials in den „Vorstädten“ wohnt; in den ersten Berichtsjahren, also vor der Eingemeindungswelle, suchen selbst Patienten aus „Reudnitz, Connewitz (!), Eutritzsch und Gohlis“ auf der Wache in der Hainstraße Hilfe – sie werden allerdings regelmäßig abgewiesen, um die Konkurrenz der Ärzte im Bezirk

¹⁵⁰⁰ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 2, Pag. 135r–137v.

¹⁵⁰¹ Dass., Bd. 4, Pag. 193r–194v.

Leipzig-Land nicht herauszufordern.¹⁵⁰² Bis 1895 hatte sich der Einzugsbereich jedoch wieder etwas nach innen verschoben; denn ein Berichterstatter schreibt, es erstrecke sich aber auf die Vorstädte „der Wirkungskreis der bisher bestehenden Wachen nicht“, weshalb „für die arbeitenden Klassen verhältnismäßig selten die Hülfe der Sanitätswachen bei inneren Erkrankungen in Anspruch genommen“¹⁵⁰³ werde. Dies wurde ungefähr bestätigt durch die schon früher vorgestellte Grafik (S. 309) zur Verteilung der Hausnotrufe 1892; sie stellt ein breites Versorgungsgebiet mit Verdichtung nach innen vor, wobei Vakanzen mit der Entfernung vom Zentrum immer stärker zu Tage treten. Auch die Tatsache, daß zu Anfang der Nachtbereitschaft nur einer der Ärzte im Osten der Stadt zur Verfügung steht, macht deutlich, wie gering die Chance einer auf akzidentelle Ereignislagen abgestimmten Versorgung hier ist. Wenn der Verein der dezentralen Bedürfnislage sich bemüht, dennoch gerecht zu werden, dann erfolgt dies einerseits indirekt über das Verteilungsprinzip vorbereitender Qualifikation und zum anderen über die Nutzung vorhandener Hilfsstationen. In der Bevölkerung werden so zunächst Samariter als Multiplikatoren von Erstversorgungswahrscheinlichkeit ausgebildet und darüber hinaus die Berufsgruppen, die mit besonderer Erwartungswahrscheinlichkeit mit akzidentellen Akutereignissen konfrontiert werden, geschult. Vor einem unbezahlbar intensiven Ausbau des professionellen Versorgungsnetzes steht konsequent die Ausbildung dieser Multiplikatoren, die dann, gemäß ihrem Gelöbnis als Samariter für die Überführung in ärztliche Aufsicht sorgen können: Zwischen 1882 und 1894 werden knapp 4000 Ersthelfer ausgebildet, von denen 2051 in 5565 Fällen zum Einsatz kommen: pro Ausgebildetem entspricht das einer Quote von 2,71 Einsätzen.¹⁵⁰⁴

Im Rang vor der Zivilistenausbildung steht noch die Schulung von Schutzpolizei und Berufsfeuerwehr; bereits im ersten Vereinsjahr werden 200 Polizisten und 100 Brandschützer zu Samaritern ausgebildet; bis 1891 hat der Verein 570 Vorträge in 47 Kursen allein für diesen Personenkreis abgehalten. Der Vorrang bestätigt sich empirisch: Schon in den ersten sechs Jahren sind bei der Versorgung der 310 von Samaritern gemeldeten Unfälle überwiegend Polizisten beteiligt: von diesen leisten 260 Hilfe, Feuerwehrleute hingegen werden nur 49 und „Andere“ 52 gezählt.¹⁵⁰⁵ Ergänzend stellt der Verein innerhalb der ersten Monate jeder der 24 Polizeiwachen Verbandkästen zur Verfügung, später werden diese als explizite „Verbandsstationen“ zusätzlich auf Kosten des Vereins mit Tragbahnen, Waschbecken &c. versehen.¹⁵⁰⁶ Wo möglich, folgt die Ausstattung der besonderen Nachfragesituation; eine der ersten Tragbahnen wird 1882 der südwestlichen Wache Zeitzer Tor

¹⁵⁰² Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Erster Bericht... (1882–84), S. 32.

¹⁵⁰³ Cf. Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 34; Hervorh. orig.

¹⁵⁰⁴ Cf. die tabellarische Aufstellung in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 351r.

¹⁵⁰⁵ Cf. Assmus, K.: Der Samariterverein... (1891), S. 348; dieses Verhältnis ändert sich erst zugunsten der zivilen Helfer, als 1888 eine besondere Verbandstation am Schlachthof eingerichtet wird, die von Mitgliedern des Vereins betreut wird; die Angestellten des Vereins versorgen in dieser Wache bis 1907 mit 9892 Fällen rd. das Dreifache Aufkommen dessen, was „Schutzleute und Ratsdiener“ absorbieren (cf. die Zusammenstellung in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 59).

¹⁵⁰⁶ Die Wachen 1–10 befinden sich im inneren Stadtbezirk, dann folgt von SO–SW der Ring in den eingemeindeten Stadtteilen. Die vollständige Ausstattungsliste in: Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1891), S. 9f. Die Wachen der vormaligen Vororte Reudnitz, Gohlis, Connewitz und Volkmarisdorf sind „aus früherer Zeit durch Gemeinde-Mittel“ mit Siechenkorb u.ä. ausgestattet; die Innenstadtwachen verfügen über solche Ausstattung nicht.

„mit Rücksicht auf ihre Lage und die Neubauten im Südviertel“¹⁵⁰⁷ gestiftet. Nähere Angaben zur Inanspruchnahme liegen nicht vor.

Patientenkontext im Übergang von Nachthilfe zum Tagdienst

Im Unterschied zu den Berliner Revierwachen sind die Leipziger Institute früh auf eine maximale Expansion ihres im Kern als Dienstleistung verstandenen Angebotes ausgerichtet. Nur aus Kostengründen unterbleibt vor 1890 eine ärztliche Tagesbereitschaft, ab dem 1.4. d.Js. wird diese jedoch in beiden vorhandenen Instituten eingeführt.¹⁵⁰⁸ Entsprechend unterschiedlich gestaltet sich sehr bald das Behandlungsspektrum. An beiden Merkmalen zeigt sich, daß die Wachen keine parallele Versorgungsinstitution zur Behandlung und vor allem: Weiterbehandlung bestehender Krankheiten sein wollen, sondern sich vor allem als eine Einrichtung zur Unfallversorgung verstehen und als solche auch in Anspruch genommen werden. Ein Vergleich mit der für Berlin genauer untersuchten Wache Brandenburgstr., die wir schon eingangs dieses Kapitels erwähnt hatten, macht das deutlich. Zwischen 1881 und 91 liegt hier \bar{x} für den Anteil Innerer Erkrankungen bei rd. 43%, der Maximalwert wird 1882 mit 56,9% erreicht. Auf eine anfangs noch höhere Quote weist der Anteil der in der Wohnung vorgenommenen Behandlungen hin, die, wie wir von Kormann erfahren hatten,¹⁵⁰⁹ häufig auf Innere Erkrankungen schließen lassen. Er liegt in Berlin 1878 bei fast 80%.¹⁵¹⁰ Die Wache in der Leipziger Hainstraße bzw. Kurprinzenstraße (seit 1885) bietet dagegen folgendes Bild:

**Tabelle 16: Behandlungen der Wachen I und II
in den ersten drei Betriebsjahren¹⁵¹¹**

Jahr	Summe	Unfälle	in %	Innere Erkr.	in %	abgelehnt
1883	247	187	75,71	58	23,48	2
1884	703	566	80,51	118	16,79	16
1885	1.217	1.069	87,84	119	9,78	23

Während die Inanspruchnahme wegen innerer Erkrankungen absolut zunächst wächst, sinkt der Anteilswert gegenüber dem Berliner Beispiel schnell ab. Eine Erklärung außer den genannten Faktoren findet sich nicht, möglicherweise ist das Absinken der Quote in 1885 schon auf stärkere Inanspruchnahme von Ärzten im Rahmen der GKV zurückzuführen. Bemerkenswert hoch ist hingegen der Anteil der versorgten Verletzungen, von denen auch nach Eröffnung der 2. Wache das erste Institut noch 75% übernimmt.¹⁵¹²

Damit treten die Wachen, so lange sich keine Möglichkeit ergibt, einem räumlich besonders konzentrierten Nachfragepotential wie z. B. den Plagwitzer Betrieben zu entsprechen, sehr bald in eine Funktionsweise ein, die unabhängig ist von der unmittelbar ortsansässigen Bevölkerung: Anfangs auch Anlaufstellen der ärmeren Einwohner, im Sinne subsidiärer ärztlicher Nachthilfe, werden sie sehr schnell das, was sie laut Satzung sein wollen – leistungsfähige Einrichtungen zur Versorgung „plötzlicher Unglücksfälle“. Sehr bald ist

¹⁵⁰⁷ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 13r.

¹⁵⁰⁸ Cf. Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 26.

¹⁵⁰⁹ Cf. auch ebda., S. 28.

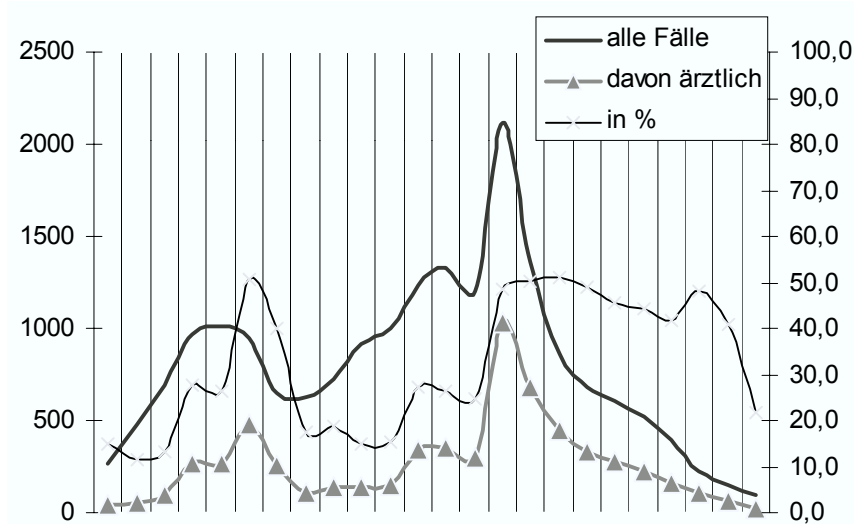
¹⁵¹⁰ Cf. die Tabellen A2 & A3 im Anhang: Behandlungsaufkommen zweier typischer Berliner Sanitätswachen.

¹⁵¹¹ Zusammengestellt nach: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 52. Ausführlich cf. die Tabelle A6 im Anhang: Behandlungsaufkommen des Samaritervereins.

¹⁵¹² Cf. die Werte bei: Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 25.

also schon nicht mehr der Wohnort eines dort Erkrankenden von Bedeutung, der eben Grund zur Ablehnung sein kann. Hier vollzieht sich, was in Berlin die eher spezialisierten Institute der BGn sprachlich ihrerseits hervorheben: Notfälle und ihre Versorgung, das neue Rettungswesen, verengt sich ungeachtet des übrigen Spektrums zunehmend auf den „Unfall“. Deswegen vor allem heißen noch in den 1960er Jahren in Westdeutschland die Hilfswachen nach Art der Leipziger Einrichtungen „Unfallwachen“ – obwohl sie einen steigenden Anteil innerer, vor allem Herz-Kreislaufkrankungen zu verarbeiten haben, und auch die Transportfahrzeuge mutieren so sprachlich zum „Unfallwagen“.¹⁵¹³ Der grundsätzlich ubiquitäre und egalitäre Charakter¹⁵¹⁴ solcher Fälle verlangt, daß der Dienst zunächst mindestens auf die Zeiten der größten Anschlußwahrscheinlichkeit angepaßt wird. So spiegeln, bis zur ausgesprochen ortsnachfragebezogenen Gründung der Wachen in der Dresdener Str. und in Plagwitz, die Institute I und II auch die Bedeutung des beruflichen Pendelns zwischen Vor(wohn)orten und Arbeitsorten wieder. vor allem aber ist die Entwicklung der Nachfrage, wie die folgende Grafik und Kormanns zugehörige Interpretation zeigt, geprägt vom Grad der allgemeinen Verkehrs- und Erwerbstätigkeit im Stadtgebiet.

Grafik 6: Kumulierte Inanspruchnahme der Wachen, 1883–93, nach Tageszeit ¹⁵¹⁵



Das Hilfsraster der X-Achse gliedert in Stunden, beginnend bei 6:30 Uhr, die Graphen setzen mit „7 Uhr“ an. Der Spitzenwert wird um 21:00 erreicht.¹⁵¹⁶

In der Schilderung Kormanns liest sich die vorstehende Grafik wie folgt:

¹⁵¹³ Der Begriff, bei GRIMM: Wörterbuch... (1936), Art. „Unfall“, noch nicht verzeichnet, findet sich noch heute im DUDEN.

¹⁵¹⁴ Cf. aber die unten folgenden Einschränkungen zur Eintrittswahrscheinlichkeit im Berufskontext.

¹⁵¹⁵ Die Grafik stellt die nach Stunden kumulierte Nachfrage der Wachen I und II im Zeitraum 1883–93 dar. Die %-Werte sind auf Y2 abgebildet. Y1 gibt die kumulierten Häufigkeiten absolut an. Lesebeispiel: Zwischen 1883–93 werden zu 11:30 insges. 1000 Fälle registriert (5. vertikale Rasterlinie= 11:30). Datengrundlage: Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 29. Eine vergleichende Grafik findet sich auch Ebda., S. 30, sie bildet aber nur einen dreijährigen Zeitraum ab und nennt keine genauen Werte.

¹⁵¹⁶ Die überproportionale Steigerung der Gesamtnachfrage zu diesem Zeitpunkt kommt als Resultat des Beginns der ärztlichen Nachbereitschaft zustande, welche die in den ersten Jahren ausschließliche Tages-tätigkeit der Heilgehilfen ergänzt.

„Nachdem früh Morgens zwischen 5 und 6 Uhr das Leben der Grossstadt erwacht ist, beginnt ziemlich rasch die Zahl der [...] Hülfsuchenden zu steigen; je mehr wir uns der Mittagsstunde nähern, um so grösser wird die Zahl der Verunglückungen [...], da mit der Dauer der Arbeit die Obacht [...] nachlässt und da ferner in den Stunden von 10–12 Uhr kaum ein Arzt in seiner Wohnung anzutreffen ist. Mit dem Beginn der Mittagspause sinkt sofort die Frequenzziffer der Wachen, die ihren tiefsten Stand um 2 Uhr erreicht. Mit dem Wiederbeginn der Arbeit steigt auch sofort wieder die Zahl der Verletzten [...] Aber es ist nicht allein die physische Erschlaffung [...], auch psychische Momente lassen sie nachlässiger werden: [...] sie denken an ihr Heim oder ihre Vergnügungen und können kaum noch die Zeit erwarten, bis es Feierabend ist. Und so sehen wir, dass Abends zwischen 7–8 Uhr – dem Schluss der meisten Arbeitsstätten, – die größte Zahl der Hülfsuchenden den Sanitätswachen zugeführt wird.“¹⁵¹⁷

Die Interpretation der Prozentanteile ärztlicher Hilfeleistung zeigt nicht nur, daß die auch in Berlin häufig geäußerte Klage, in der Vormittagszeit wegen der Krankenbesuche keine Ärzte erreichen zu können, kein Einzelphänomen ist;¹⁵¹⁸ sie belegt hier insbesondere, daß die Nachfrage nach explizit ärztlicher Nachthilfe verhältnismäßig sehr von Belang ist. Außerhalb dieser Zeiträume wird deutlich, daß die Bereitschaft des Lazarettgehilfen in ihrem Verhältnis zu den Ärzten ein heikles Potential darstellt: immerhin werden im runden Zehnjahresdurchschnitt zwei Drittel aller Nachfragen von diesen semiprofessionals absorbiert¹⁵¹⁹, während ärztliche Hilfeleistungen Maximalwerte von rd. 50% nur in der Tagesmitte und dann noch einmal zwischen 22–24 Uhr erreichen. Eine Disziplinierung der Unterbeamten durch eindeutige Aufgabenbeschreibungen, wie sie Assmus und Rühlemann festgelegt hatten, erwies sich aus Sicht der Ärzte demnach als ebenso berechtigt wie wirkungsvoll.

IV.4.5 Die Patientenklientel um die Jahrhundertwende

Soziale und medizinische Aspekte

Wie stellt sich innerhalb des dargestellten zeitlichen Rasters die medizinische Qualität der Nachfrage und der Kontext ihrer Veranlassung dar? Über diese Fragen sind wir recht detailliert durch die statistischen Nachlässe des Vereins orientiert. Dabei ergibt sich angesichts der vorhandenen Sekundärliteratur zunächst eine sozialhistorische Kontroverse.

Der Leipziger Samariterverein, so heißt es in der bisher einschlägigen Forschungsliteratur, sei „mit seinen Einrichtungen weder politisch noch organisatorisch in der Lage [gewesen], einen wesentlichen Beitrag [...] zum Schutze von Gesundheit und Leben der Masse der Bevölkerung zu leisten.“¹⁵²⁰ Obwohl der Tätigkeitsbereich, so derselbe Autor an anderer Stelle, „auf das zivile Leben ausgerichtet war, so wich er doch der Unfallhilfe in den Industriebetrieben aus. Bei Betriebsunfällen waren die Arbeiter meist ohne jede Hilfe und wenn der Arzt kam, war es schon oft zu spät.“¹⁵²¹ Daß die Erstversorgungsproblematik bei Betriebsunfällen abseits qualifizierter Versorgungseinrichtungen schon medizinisch ein

¹⁵¹⁷ Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 31. Cf. bes. Meyer, G.: Einfluß Zentrale Krankentransport... (1905).

¹⁵¹⁸ Meyers Darstellung (Einfluß Zentrale Krankentransport... (1905)) weist zwischen 1897–1904 den *peak-level* der Nachfrage identisch im Zeitraum zwischen 11–12 Uhr aus (ebda., S. 36–38); auch 25 Jahre nach schrittweiser Einführung der Massenpraxis durch die GKV sind also in beiden Metropolen noch deutliche Traditionen des „Hausarztes“ zu verzeichnen.

¹⁵¹⁹ Kormann nennt explizit Werte von 1883–93; das erste Jahr verzeichnet jedoch nur 247 Fälle, also rd. 1,3% des Gesamtaufkommens.

¹⁵²⁰ Moschke, G.: Arbeiter-Samariter-Bund Deutschlands...(1977), S. 58.

¹⁵²¹ Ders.: Leipziger Kolonne des Arbeiter-Samariter-Bundes... (1975), S. 5.

Problem bildete, das nachweislich bis in die Weimarer Zeit hinein von Bedeutung war, kann allgemein kaum in Abrede gestellt werden. Nicht nur in Bezug auf die diskutierten Berliner Einrichtungen, sondern vielmehr noch für die Leipziger Verhältnisse muß das von Moschke (durchaus noch gemäßigt) gezeichnete Bild anhand des überlieferten Quellenmaterials deutlich revidiert werden.¹⁵²² „Verbandkästen waren damals nur dem Namen nach bekannt, Ärzte nur schwer zu haben. Für den Transport Verunglückter war nichts vorhanden, allenfalls wurden diese von einem leeren Klamottenwagen mitgenommen oder die Verunglückten blieben in einer schmutzigen Baubude liegen, um nach Feierabend von ihren mitleidigen Kollegen oft auf einem elenden Handkarren nach ihrer Behausung gebracht zu werden.“¹⁵²³ Diese Emil Stein, dem späteren Bundesvorsitzenden des ASB (1909–21) zugeschriebene Schilderung, mag für manche Situationen der 1860er und 70er Jahre glaubhaft zutreffen; eine heroisierende Aura des Elends – „Vorwärts! – Durch Nacht zum Licht!“ – ist auch ihr aber kaum abzusprechen; daß ein Mensch tatsächlich wissend bis Schichtende liegen gelassen wird, ist in keiner der von uns gesichteten Akten auch nur angedeutet.¹⁵²⁴ Allerdings erscheint es begreiflich, wenn eine etablierte Rettungsorganisation wie der Arbeiter-Samariter-Bund, um eine Basis für historische Corporate Identity zu stiften, dazu neigt, das Initialereignis seiner Gründung – der Bauunfall auf einem Betriebsgelände in Erkner bei Berlin – fast schon mythologisch zu stilisieren.¹⁵²⁵ Wenn an dieser Stelle aber schon nicht die Frühgeschichte der Arbeiter-Samariter-Vereine intensiver auf Mängel der bisherigen Forschung untersucht werden soll – und zwar maßgeblich deshalb, weil diese im Rahmen der öffentlichen Notfallversorgung in den untersuchten Feldern faktisch nicht in Erscheinung treten –, sollen zumindest die vorhandenen Quellen der „bürgerlichen“ Samaritervereine mit den zitierten Urteilen der Sekundärliteratur kontrastiert werden.

Aus der Sozialstrukturanalyse der Vereinsmitglieder hatten wir ersehen, daß sich die Anteile um so stärker in Richtung des Alten Mittelstandes verschieben, je „praxisnäher“ die Funktion wurde. Arbeiter bzw. explizit Angehörige der Industriefabrik-Arbeiterschaft hingegen sind, soweit nachzuweisen, in den Mannschaften des Vereins nahezu überhaupt nicht vertreten. Dieser Befund erscheint zunächst geeignet, die zuletzt von Brandmann und pointierter noch von Rudloff et al. vertretene allgemeine These einer politischen Polarisierung der Leipziger Stadtgesellschaft zu bestätigen;¹⁵²⁶ danach sei um 1904 schließlich eingetreten, was der Rat der Stadt im Vorfeld der ersten Eingemeindungen seit 1889 befürchtet habe: die Metropole wandelte sich zur „proletarischen Stadt“.¹⁵²⁷ In diesem Sinne

¹⁵²² An ideologischem Gehalt beachtlich bleibt der Aufsatz von Schwartz, H.: Geschichte des Arbeiter-Samariter-Bundes... (1973).

¹⁵²³ Zit. bei: Müller, W.: Mit einem Unfall fing es an... (1988), S. 14.

¹⁵²⁴ Daß häufig vom Gegenteil berichtet wird belegt z. B. Stollberg, G.: Health and illness... (1993), S. 268, Anm. 24.

¹⁵²⁵ Cf. u.a.: Müller, W.: Mit einem Unfall fing es an... (1988); Moschke, G.: Arbeiter-Samariter-Bund Deutschlands... (1977), S. 63f. (Um diesen Preis wird ausgeblendet, daß die ärztliche Versorgung und der anschließende Transport gerade in diesem Fall außergewöhnlich intensiv und reibungslos verlaufen zu sein scheint. Vergleichbare Blindheiten finden sich in der Geschichtsschreibung zum Roten Kreuz, das mit den utopisch-philanthropen Vorstellungen seines Urhebers nie ideell übereinkommen konnte, ebenfalls ohne Zahl.)

¹⁵²⁶ Cf. Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 26 & 50f.; Rudloff, M. et al.: Leipzig... (1996), bes. S. 45ff.

¹⁵²⁷ Brandmann, P.: Leipzig... (1998), S. 34. Der Organisationsgrad der SPD läßt entsprechende Befürchtungen nachvollziehen: Im Zentrum Leipzigs zählte die Partei 1907 ca. 417 Mitglieder, im nördlichen Gohlis, das traditionell noch als Villenviertel galt, 481, in Leipzig-Ost hingegen 2404 und im Westen (Plagwitz,

sprache dann einiges dafür, Moschkes zitierte Darstellung von der Exklusivität der bürgerlichen Samaritervereinigung zu übernehmen und es für vollständig konsequent anzusehen, daß sich 1904 tatsächlich ein eigener Arbeiter-„Sanitätsverein“ gründete, der als Kern der späteren Arbeiter-Samariterkolonne Leipzigs galt.¹⁵²⁸ So plausibel dies zunächst wirkt, so sehr ergeben sich bei einer näheren Betrachtung Zweifel an der Verhältnismäßigkeit einer solchen Interpretation: Zum einen ist die Tätigkeit des Arbeiter-Sanitätsvereins der Metallarbeiter-Krankenkasse Leipzig-Ost über weite Strecken weder öffentlichkeitsorientiert noch personell von Bedeutung: Um die Gründungszeit zählt der SPD-Verein desselben Stadtbezirkes rd. 3400 Mitglieder, der Sanitätsverein bringt es 1904 auf 22, 1906 auf etwa 40 Mitglieder, 1912 liegt die Zahl lt. Polizeibericht bei 120.¹⁵²⁹ Im Umkehrschluß ergibt sich daraus allerdings, daß es mit der im Kontext des ASB gerne pauschal vorgebrachten Aussage, bürgerliche Ersthilfevereinigungen hätten sich um unfallverletzte Arbeiter allenfalls nachrangig gekümmert, nicht unbedingt sehr weit her sein kann.

Die Klientel nach Verletzungsart und Berufen

Das Haupteinsatzfeld der Leipziger Sanitätswachen bildete, nach einer kurzen Zeit der Einpegelung, bis zum Krieg die Versorgung von Unfällen. Das Ausmaß der Gewichtsverschiebung in diese Richtung ist so auffällig, daß es erstaunlich ist, hieraus keine längerfristigen Konflikte mit den chirurgischen Abteilungen des Städtischen Krankenhauses erwachsen zu sehen.

Tabelle 17: Behandlungsaufkommen der Wachen I–IV nach Ereigniskontext¹⁵³⁰

Jahr	Summe	Betriebs-Unfälle	in %	sonstige Unfälle	in %	Innere Erkr.	in %
1886	1.465	ka.	–	1.297	88,53	141	9,62
1891	3.227	ka.	–	2.982	92,41	220	6,82
1896	6.485	2.248	34,66	2.980	45,95	369	5,69
1901	6.349	1.918	30,21	3.120	49,14	455	7,17
1906	9.288	3.212	34,58	4.336	46,68	924	9,95
1909	12.901	4.078	31,61	6.783	52,58	1.732	13,43
1912	15.358	5.256	34,22	7.345	47,83	2.298	14,96

Hier bietet sich zunächst der empirische Beleg für die Ausführungen Kormanns, die den Wert der nach beruflicher Verpflichtung und Gelegenheit in der Stadt anwesenden Bevöl-

Lindenau, Schleußig) sogar 3482 Mitglieder. Cf. Moschke, G.: Leipziger Kolonne des Arbeiter-Samariter-Bundes... (1975), S. 9.

¹⁵²⁸ Cf. Ebda., S. 14–16; 22f.; Ders.: Arbeiter-Samariter-Bund Deutschlands... (1977), S. 64f.

¹⁵²⁹ Daten bei: Ders.: Leipziger Kolonne des Arbeiter-Samariter-Bundes... (1975), S. 24. Cf. auch die Angaben bei: Berg, O.: Gründung unserer Kolonne... (1925), S. 5. Im Bestand der Bibliothek des ehem. „Museums f. Geschichte der Leipziger Arbeiterbewegung“ (sog. Georgi-Dimitroff-Museum) liegt dem Verfasser eine handschriftl. Darstellung des späteren Vorsitzenden der Leipziger Kolonne, Otto Hilpert, vor (Sign.: 1218, Näheres unbekannt; das Material stellte mir Hartwig Hawerkamp, Bielefeld, zur Verfügung). Auch dieser Bericht enthält jedoch keine Angaben über die Leistungen der Kolonne in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg.

¹⁵³⁰ Zusammengestellt bzw. berechnet nach: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 52 und: Jahresberichte des Vereins für 1909 und 1912 (nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 301ff. & Dass., Nr. 86, Bd. 5, Pag. 238ff.). Die Tabelle schließt an die vorhergehende (S. 331) an; die Bezeichnungen: „Betriebsunfälle“ und „Innere Erkrankungen“ sind aus der Quelle übernommen. Eine grafische Gesamtdarstellung auf S. 339.

kerung für das Behandlungsspektrum herausstellt. Innere Erkrankungen, die regelmäßig als Indikator für die Nachfrage der unmittelbar ansässigen Bevölkerung gelten können, haben bis zur Jahrhundertwende stark nachgelassen.¹⁵³¹ Am höchsten ist durchweg der Anteil der Fälle, die sich nicht im engeren Sinne als Arbeitsunfall darstellen, dessen Wahrscheinlichkeit nach dem räumlichen und zeitlichen Ereigniskontext immer besonders determiniert ist; sondern die das Ergebnis einer ubiquitären Eintrittswahrscheinlichkeit, der kumulierten Aktion und Interaktion individueller Akteure mit ihrer Umwelt sind.

Merkwürdig ist, daß es bei diesen chirurgischen Fällen zwischen 1896 und 1901 zu einer nachhaltigen Stagnation kommt. Ob die 1897 drohende Schließung hierfür eine Ursache bildet, bleibt fraglich: die Finanzkrise ist ja Ausdruck einer eher zu umfangreichen als zu geringen Nachfrage. Auch im Zusammenhang mit den übrigen Institutionen des örtlichen Gesundheitswesens läßt sich keine stichhaltige Begründung finden. Immerhin ist es aber nicht der Samariterverein allein, der eine Rezession der Nachfrage zu verzeichnen hat. Die Zahl der auf der chirurgischen Station von St. Jakob Verpflegten liegt 1891 bei rd. 3890 Patienten und geht bis 1901 um rd. 300 zurück; erst 1906 liegt sie wieder etwas höher als zehn Jahre zuvor. Dies entspricht auch nicht dem für Berlin beobachteten Trend, daß chirurgische Anteile zugunsten der Inneren Abteilung nachließen: Selbst unter Einschluß der Medizinischen Kliniken zeichnet sich noch ein leichter Rückgang ab: 1891 nimmt St. Jakob insges. 7276 Patienten neu auf, 5 Jahre später sind es 8360, 1901 jedoch gleichfalls nur 8345.¹⁵³²

Sieht man auch im Vergleich zum Krankenhaus auf das Gesamtergebnis, so kann von einer marginalen Tätigkeit des Vereins, die Moschke behauptete, keine Rede sein: 1901 erreicht St. Jakob mit der Aufnahme von 944 Verletzten in seiner Chirurgie einen relativen Höchststand – sie bilden 28,6% der Verpflegten. Im selben Jahr versorgen die ambulanten Wachen fast genau das Sechsfache an Patienten; „die Gesamtzahl aller Hilfeleistungen betrug Ende des Jahres 1902 [...] 96.457 Fälle, d. h. der vierte Teil der damaligen Bevölkerung [...] hatte schon den Nutzen der Rettungseinrichtungen [...] kennen gelernt.“¹⁵³³

Die überwiegende Zahl besteht aus einfachen Versorgungsen, die das Potential strapazieren anstatt es herauszufordern und die in Krankenhäusern keine oder allenfalls unwillig Behandlung erfahren.¹⁵³⁴ Morgens und am späten Nachmittag erreicht die Quote der einfachen Wundversorgungen durch Heilgehilfen gegenüber den ärztlichen Einsätzen zwischen 85–90%.¹⁵³⁵ Wir haben aber schon in der Berliner Diskussion zeigen können, daß es zumindest im Kontext der unfallversicherten Fälle schon im Interesse der BGn lag, eine möglichst wirkungsvolle Erstversorgung gerade dieser „langweiligen Verletzungen“ gewährleistet zu sehen.

Damit sind wir bei der Klientel im Kontext des Berufsumfeldes und schließlich einem Rekurs auf die Berufsgenossenschaften angelangt. Wie schon angedeutet, ergibt sich zwischen Versorgten und zahlenden Mitgliedern sozial eine ausgesprochene Disparität, die im

¹⁵³¹ Woher die 1909 und 1912 registrierte Steigerung resultiert, hat sich uns nicht erschlossen.

¹⁵³² Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (1896), S. 695 & Berechn. nach: Dass. (1901), S. 618.

¹⁵³³ Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 33.

¹⁵³⁴ Was der Berliner Vertrauensarzt Blasius 1892 auf dem Berufsgenossenschaftstag in diesem Zusammenhang über die Berliner Krankenhäuser äußert, gilt vergleichbar für die klinischen Anstalten von St. Jakob: „Wir haben die besten Chirurgen der Welt! Auf diese blickt die ganze Welt! | | Aber, meine Herren, die Behandlung der Unfallverletzungen ist nicht allein eine ganz spezielle, sie ist auch in der großen Mehrzahl der Fälle etwas außerordentlich Langweiliges.“ (BG, 14/1892, S. 154.)

¹⁵³⁵ Cf. Anhang, Tabelle A7: Inanspruchnahme der Sanitätswachen nach Tageszeit 1883–93 & Anteil ärztlicher Versorgung.

Zusammenhang mit Kranken- und Unfallversicherung das habituelle „Konstruktionsproblem“ des Samaritervereins im Raum einer sich erst langsam herausbildenden städtisch-wohlfährlichen Programmatik noch einmal deutlich macht. Noch 1906 rekrutieren sich über 75% der zahlenden Mitglieder des Vereins aus dem Besitz- und Bildungsbürgertum und aus der selbständigen Kaufmannschaft. Zwischen 1883–1893 stellen jedoch die abhängig beschäftigten Arbeiter in Klein- und Fabrikbetrieben mit 27% die größte Fraktion der Versorgten, „Männer mit selbständigen Berufsarten“ hingegen, unter die wir in der zitierten Aufstellung Kaufleute und wohl auch Unternehmer rechnen können, stellen 9,3% und Beamte, Anwälte u.ä. schließlich nur 3% aller Fälle.¹⁵³⁶ Eine differenzierte Statistik nach Berufen von 1908 bestätigt dieses Bild im Ganzen:¹⁵³⁷ Von rd. 11.200 behandelten Personen wird zunächst die größte selbständig geführte Fraktion von „Kauf- und Handelsleute[n], Buchhändler[n], Bureaupersonal“ mit 1541 (13,8%) gebildet¹⁵³⁸, ihr folgen jedoch „Fabrik- und Handarbeiter“ in 1231 Fällen¹⁵³⁹ (11%) und dann die Fraktionen der branchengeführten, überwiegend nichtselbständigen Arbeiter und Arbeiterinnen in Kleinbetrieben. Hier führen „Metallarbeiter“ mit 974 (8,7%), dann ArbeiterInnen im Leipzig-typischen polygraphischen Gewerbe (605, 120 davon weiblich). Addiert man alle expliziten ArbeiterInnen dieser Kleinbetriebe, gelangt man zu 3855 Personen (34,4%), einschließlich der FabrikarbeiterInnen käme man demnach auf rd. 45% an Labouring Poor in der Klientel aller 4 Sanitätswachen. Nicht zuletzt ist der bereits 1892 mit der Leipziger Ortskrankenkasse geschlossene Vertrag¹⁵⁴⁰ – der erste dieser Art überhaupt – eine Bestätigung für die Bedeutung der Vereinsleistungen; 1912 stellen die Angehörigen der sozialdemokratisch geführten größten OKK des Reiches 60% aller Hilfesuchenden.¹⁵⁴¹

IV.4.6 Verhältnis zu den Berufsgenossenschaften

Angesichts dieser Sachverhalte stellt sich für Leipzig die Frage, in welchem Verhältnis Ärzteschaft, Sanitätswachen und Krankenhäuser zu den Berufsgenossenschaften stehen. Auch hier stellt sich die Situation gegenüber derjenigen Berlins vollständig verändert dar: Ein Engagement der Unfallversicherungsträger im Feld der Notfallversorgung ist zu keinem Zeitpunkt auch nur in Ansätzen auszumachen. Meldungen des RVA über geradezu sagenhafte Erfolge der Unfallstationen in Berlin hatten allgemein Spott herausgefordert, der Staat hätte doch angesichts einer angeblichen Heilungsquote von 91% wohl „am besten gethan [...], alle öffentlichen Kliniken und Krankenhäuser zu schließen und in Un-

¹⁵³⁶ Die unsystematisch wirkende aber als Quelle für das zeitgenössische Verständnis sozialer Schichtung aufschlußreiche Differenzierung bei: Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 32 („Frauen“ und „Kinder“ werden sozial nicht eingeordnet; sie bilden aber 25,6%). Folgt man der Subsumierung Kormanns unter „handarbeitende Klassen“, ergibt sich ein Anteil von ca. 54%.

¹⁵³⁷ Cf. Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1909), S. 25, nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 303r.

¹⁵³⁸ Anteil der Frauen: 264; dieser Wert wird berufsbezogen nur in den Fraktionen „Hausangestellte“ (387) sowie „Konfektionsarbeiter“ (267) übertroffen. (Größte nach weibl. Geschlecht diff. Fraktionen sind „Ehefrauen, Witwen“ mit 621 und „Kinder“ mit 368.)

¹⁵³⁹ Von ihnen sind 195 weiblich.

¹⁵⁴⁰ Datierend v. 17./21.3.1892; handschr. Fassung in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Beilage 1, Pag. 184; der Vertrag wurde mit Wirkung v. 1.5.1912 in erheblich revidierter Fassung erneuert (Dass., Nr. 86, Bd. 5, Pag. 311r–312r); eine Übersicht der bis 1906 mit anderen Kassen geschlossenen Verträge in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 63. Der Verein gewährt der Kasse auf ärztliche Leistungen einen 20%igen Abschlag von den Mindesttarifen der Sächs. Gebührentaxe von 1889.

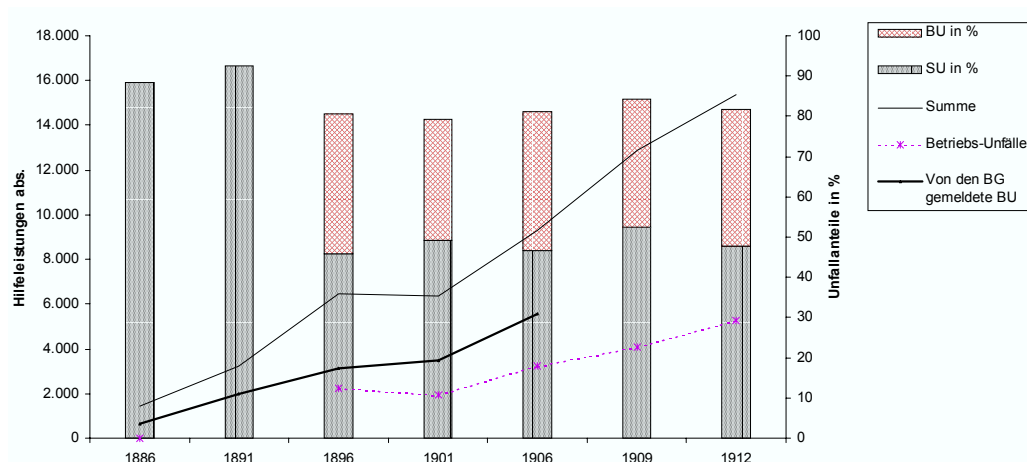
¹⁵⁴¹ Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 5, Pag. 158r.

fallstationen umzuwandeln“¹⁵⁴². Von derartigen Gefechten konnte in der sächsischen Medizin-Capitale nicht die Rede sein. Von einer besonderen Genugtuung der Leipziger Vereinsärzte gegenüber dem Berliner Streit ist in den 1890er Jahren nichts zu bemerken; Grund dazu hatten zumindest die leitenden Ärzte des Vereins allemal: zeigten doch die Härte und Penetranz des Konfliktes, welche Integrationsleistung das Leipziger Modell durch die bewußt „empirisch“ gestützten Satzungen einerseits und andererseits durch den verhältnismäßig frühen Zeitpunkt des ärztlichen Engagements bewirkt hatte. Die Tatsache, daß der Verein zum Zeitpunkt der Eröffnung der Unfallstationen bereits seit 10 Jahren im Marktgefüge etabliert ist, daß er im selben Jahr in der Versorgung von Unfällen mit 2800 Hilfeleistungen ein relatives Maximum erreicht, das erst 1896 wieder wieder überschritten wird – solche Sachverhalte bilden die Erklärung, daß die örtlichen Sektionen der Berufsgenossenschaften vermutlich auch intern keine Überlegungen darauf verwendeten, sich auf ein Experiment wie Berlin oder Breslau einzulassen.¹⁵⁴³ In den statistischen Jahrbüchern der Stadt ist bis 1906 überliefert, wieviele Unfälle in den Leipziger BG-Sektionen zur Anmeldung kamen. Auch wenn man von einer Dunkelziffer ausgehen muß, ist es doch möglich, zumindest rechnerisch die Nachfrage aus dem Berufsarbeitskontext und die spezifische Versorgungsleistungen des Vereins gegenüberzustellen. Danach läßt sich folgendes Bild entwerfen:

¹⁵⁴² Stellungnahme von Leopold Henius gegenüber den BGn, abgedr. in: BG, 15/1899, S. 142–45, hier: 143; Henius schreibt die von ihm angebrachte nette Polemik einem „bedeutenden Lehrer der Chirurgie“ zu. Die Debatte bezieht sich insbes. auf eine Veröffentlichung in der Medicinischen Reform, Nr.5 (1897), S. 33–36, nachgew. in: **BArch.**, R 1501 / **548**, Bd. 1, Pag. 238r–239v, hier 239r.

¹⁵⁴³ Auffällig ist allerdings, daß nach dem vorliegenden Material keine der ansässigen BGn Verträge mit dem Samariterverein wg. Erstbehandlung und evtl. Übernahme des Heilverfahrens schloß. Überliefert ist allein durch den Nachruf auf den Vorsitzenden der örtlichen Sektion der Sächsischen Baugewerks-BG, Julius Seyfarth, daß dieser sich „mit regem Interesse und lebhafter Anteilnahme den Bestrebungen und der Entwicklung des Samariter- und Rettungswesens“ gewidmet habe. (Zs. für Samariter- und Rettungswesen, Nr. 11 (1.6.1901), S. 83 (nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. **35**, Nr. **86**, Bd. **3**, Pag. 94r.).

Grafik 7: Betriebsunfallaufkommen und Versorgung durch die Sanitätswachen 1886–1912¹⁵⁴⁴



1886 melden die örtlichen Sektionen 685 Unfälle; im selben Jahr verzeichnen die Wachen allein das Doppelte an unfallbedingten Versorgungen. Seit 1891 ist ein leichter Rückgang von Betriebsunfällen zu verzeichnen, während die akzidentellen Hilfeleistungen insgesamt zunehmen. Deutlich ist dann die bisher nicht erklärte Stagnation der Leistungen zu sehen. Auch im Bereich der unabhängig davon von den BGN gemeldeten Unfälle¹⁵⁴⁵ zeichnet sich eine ähnliche Tendenz ab, die Indiz für eine nachlassende örtliche Konjunktur sein kann, mit unmittelbarer Wirkung auf die Unfall-Häufigkeit. Folgt man dem weiteren Verlauf der Kurven, so ist auffällig, daß der Anteil der nach Eintrittswahrscheinlichkeit nicht an das Arbeitsumfeld „gebundenen“ Unfälle weiterhin deutlich über dem der ausgesprochenen Betriebsunfälle liegt. Insbesondere aber ist zu entnehmen, daß die Institute einen erheblichen Anteil der berufsgenossenschaftlichen Unfallverletzten übernehmen: Zwischen 1895 und 1906 steigt der Anteil von 46,8 auf rd. 58%.¹⁵⁴⁶

Eine am Potential-Kontext von Betriebsunfällen orientierte Wache bildet das 1904 eingerichtete Institut in der Weißenfelder Str. in Plagwitz; die Gründung geht angeblich auf eine Anregung örtlicher Fabrikanten zurück.¹⁵⁴⁷ Die westlichen Vorstädte Leipzigs stellten, stärker noch als der Osten, traditionell einen erheblichen Anteil der fabrikindustriellen Großbetriebe Leipzigs, insbes. im metallverarbeitenden Gewerbe, dessen Angehörige regelmäßig eine der größten Fraktionen der Verletztenklientel stellen.¹⁵⁴⁸ Schon mit der Gründung der Wache III in der Dresdener Straße 1895 war versucht worden, nicht nur der allgemeinen örtlichen Nachfrage sondern auch der erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit durch die Industriebeschäftigten zu begegnen. Bereits zwei Jahre nach Gründung bildete in Plagwitz der rechnerische Anteil von Betriebsunfällen 40% der aufkommenden Unfälle, während die am besten ausgestattete Wache im Zentrum – seit 1897 verfügte sie

¹⁵⁴⁴ Datengrundlage: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 52; Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1909), S. 22 & Dass. (1912), S. 8; ferner: „Übersicht[en] über die im Jahre [...] angemeldeten Unfälle“ Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (1886 pass.), S. pass. Die exakten Werte: cf. Anhang, Tabelle A6: Behandlungsaufkommen des Samaritervereins. BU=Betriebsunfälle; SU=Sonstige Unfälle bzw. chirurgische Versorgungens jeweils in % (orientiert an Y2); es handelt sich jeweils um Angaben aus der Statistik des Samaritervereins. Betriebsunfälle werden dort erst nach 1894 gesondert ausgewiesen, die gepunktete Kurve „Betriebs-Unfälle“ zeigt die Anzahl der aus diesem Anlaß erbrachten Hilfeleistungen. Die „Summe“ wiederum registriert alle vom Samariterverein genannten Unfallversorgungens. Aus den Berichten der Berufsgenossenschaften über die angemeldeten Betriebsunfälle ergibt sich der in der Legende zuletzt geführte Kurventyp.

über ein Röntgengerät – knapp 33% und das Institut in der Dresdener Str. etwa 36% registrierten.¹⁵⁴⁹ Auch zeigte Plagwitz die höchste Steigerungsrate: Zwischen 1905–09 wuchs die Nachfrage hier um 173% auf mehr als 2200 Fälle.¹⁵⁵⁰ Dieser Wert lag zwar deutlich unter den Leistungen der übrigen Wachen, berücksichtigt werden muß hier aber sicher die Konkurrenz der neu eingerichteten Poliklinik des Diakonissenkrankenhauses in Lindenau; auch die chirurgische Privatklinik von Meyh, der ohnehin noch als Wachenarzt bestrebt war, das Institut des Vereins nicht allzu populär werden zu lassen,¹⁵⁵¹ stand konkurrierend im Angebot.

Aus dieser Skizze dürfte deutlich werden, weshalb es sich für die Berufsgenossenschaften für unser Feld erübrigte, eigenständiges Engagement zu zeigen;¹⁵⁵² vergleichbar wurde auch die Einrichtung medico-mechanischer Anstalten, die in Berlin teilweise in Unfallstationen integriert waren, nicht eigens angestrengt: Einerseits verfügte die chirurgische Uniklinik in St. Jakob bereits über eine entsprechende Ausstattung¹⁵⁵³, außerdem gab es seit der Jahrhundertwende eine Anzahl privater Anstalten, unter denen insbes. das Institut unter der Leitung von Hacker und Bettmann hervortrat.¹⁵⁵⁴ Bis 1909 war die Klinik in der

¹⁵⁴⁵ Es handelt sich allein um die Wiedergabe der über die Ortspolizei amtlich registrierten Unfallmeldungen, nicht etwa um gesonderte Meldungen an die Sanitätswachen.

¹⁵⁴⁶ Für spätere Zeiträume fehlen in den städtischen Verwaltungsberichten entspr. Verzeichnisse der BGn.

¹⁵⁴⁷ Cf. Beilage der Leipziger Neuesten Nachrichten v. 5.4.1903, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. **35**, Nr. **86**, Bd. **3**, Pag. 187v.

¹⁵⁴⁸ Von den vorliegenden Jahresberichten differenziert nur der für 1906 die Verletzungsarten auch nach Wachen. Von Σ =866 Patienten werden 202 „Metallarbeiter“ gezählt, daneben 190 Fabrikarbeiter. In großem Abstand folgen „Kaufleute“ &c. erst mit 60 Fällen! (Cf. Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 176f.)

¹⁵⁴⁹ Angaben und Berechnungen nach den Jahresberichten des Samaritervereins, pass.

¹⁵⁵⁰ Den wiederholt geringsten Anteil akzidenteller Versorgungen im Erwerbsarbeitskontext stellt die Wache Kurprinzenstr. bzw. Peterssteinweg: Noch 1906 bildeten Betriebsunfälle nur 1/3 der unfallbedingten Hilfeleistungen; im selben Jahr liegt von allen Wachen nur in Plagwitz der Anteil der versorgten BU über den sonstigen Unfällen (463:408). Cf. ebda., S. 174.

¹⁵⁵¹ Darauf weist neben den oben erwähnten Vorgängen (S. 317) die folgende Beschwerde der Ortskrankenkasse gegenüber dem Samariterverein v. Juni 1905 hin, die zugleich zeigt, daß die Ausbildung von Samaritern als Betriebshelfern die ärztlich vorgesehene Brückenfunktion zufriedenstellend erfüllt (derartige Fälle sind klassische Versorgungsgelegenheiten der BG-Unfallstationen in Berlin: ihre Erstversorgung ist verhältnismäßig einfach, das Ausbleiben derselben ruft aber leicht hohe Entschädigungskosten hervor): „Am 25. Februar cr. Vorm. ¼ 9 Uhr verunglückte im Betriebe der Firma Kießling & Co. in L. Plagwitz der Monteur Theodor Georg Abicht, L.-Lindenau [...] indem ihm ein Glied des 4. Fingers der linken Hand durch die Bandsäge abgeschnitten wurde. Abicht hat sich, nachdem ihm ein Notverband in der Fabrik angelegt worden ist, sofort zur Sanitätswache in L.-Plagwitz begeben und [es] ist daselbst, da kein Arzt anwesend gewesen, sofort zu Herrn Dr. Meyh [als diensthabendem Arzt des Vereins] telefoniert worden, welcher gegen 9 oder ¼ 10 Uhr erschienen ist, nachdem p. Abicht ½ Stunde auf ärztliche Hilfe gewartet hatte. | | Dr. Meyh soll die Verletzung besehen und hierbei geäußert haben: „Das ist doch keine Sache für die Sanitätswache, was wollen Sie denn hier?“ Als dann der Sanitätsgehilfe Dr. Meyh gefragt hat, wo sich p. Abicht hinwenden solle, soll Dr. Meyh geantwortet haben, daß dies Sache des Patienten sei. | | Vom Sanitätsgehilfen sei hierauf ein Notverband angelegt worden und hat sich Abicht alsdann zur Beratungsanstalt [sic] in L. Plagwitz begeben, woselbst ihm ein kleiner Knochenteil abgenommen und die Wunde genäht worden ist.“ (**StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. **35**, Nr. **86**, Bd. **4**, Pag. 67r–68r.)

¹⁵⁵² Über medico-mechanische Anstalten der Unfallversicherungsträger, die in Berlin in einigen Fällen an Unfallstationen gekoppelt waren, liegen aus Leipzig ebenfalls keine Berichte vor.

¹⁵⁵³ Cf. den Bericht des Innenministeriums v. 25.4.1904, in: **HStA DD**, MDI **15259**, o. Pag.

¹⁵⁵⁴ Die BG nutzten die chirurgisch- bzw. mechanotherapeutischen Privatkliniken insbes. von Bettmann und die von Kölliker allerdings stärker als entsprechende Einrichtungen im Krankenhaus. Die Thüringische Eisen- und Stahl-BG brachte dort zwischen 1900–02 115 Patienten zur Behandlung; in St. Jakob waren

Johannissgasse „in einem alten Wohnhaus“ untergebracht, mit 35 Betten, medicomechanischem Saal, und einem OP; ein Verbandzimmer und ein „Raum für ambulante Patienten“ gehörte ebenso zur Ausstattung wie Röntgen- und Desinfektionsapparat. 1901 versorgte die Klinik 29 Patienten der Berufsgenossenschaften, vorwiegend in ambulant-orthopädischer Behandlung.¹⁵⁵⁵ Nach dem vollständigen Neubau des Institutes 1910 wurde die „Heilanstalt für Unfallverletzte“ zu einer der größten medico-mechanischen Einrichtungen der Stadt; 1912 versorgte sie 135 Unfallverletzte, 20 Kassenpatienten und 6 Fälle der Landes- und Reichsversicherungsanstalten.¹⁵⁵⁶

Investitionen der BGn für ein besonderes Heilverfahren sind nur im Therapiebereich „traumatische Neurose“ zu verzeichnen – hier unterschied sich die Argumentation nicht von der Berliner Diskussion. Als im Herbst 1900 in Ortsteil Stötteritz das sog. „Hermannhaus“¹⁵⁵⁷ als Unfallnervenklinik öffnete, schrieb die Sächsische Baugewerks-BG: „Die Nothwendigkeit zur Errichtung eines solchen Krankenhauses ergab sich aus dem Umstande, daß es in der Regel sehr schwer ist, Kranke der in Rede stehenden Art in zuverlässigen Anstalten unterzubringen, weil diese ohnehin überfüllt sind.“¹⁵⁵⁸ Die Klinik, die für ambulant-chirurgische Versorgung nicht vorgesehen war, erfüllte mit 40 Betten eine ausschließliche Rehabilitations- bzw. Beobachtungsfunktion, doch verfolgte die BG das Projekt nicht sehr lange. Für 1905 meldete der Vorstand insges. 453 Patienten, 301 seien direkt von BGn überwiesen worden, 102 im Anschluß an eine Nachverhandlung vor Schiedsgerichten. Doch schon im Juni 1911 ging das Haus in städtischen Besitz über und nahm fortan keine Unfallkranken mehr auf.¹⁵⁵⁹

IV.4.7 Organisationsproblem Krankentransport: zwischen Eigenständigkeit und Berliner Modell

Nachdem die Stadt Leipzig durch den Vertrag von 1897 de facto die Einrichtungen des Samaritervereins als Angebot des öffentlichen Gesundheitswesens festschrieb, hatte die Ärzteschaft zugleich erreicht, daß bei einem Maximum an Subventionierung durch kommunale Mittel ihr ein hohes Maß an Eigenständigkeit in der Verwaltung, insbes. der medizinisch-technischen Ausstattung und Prioritätenbildung erhalten blieb. Salbungsvoll schrieb der „Hausbiograph“ des Vereins, Max Kormann, kurz vor dem Krieg, die Stadt „habe das Rettungswesen deshalb nicht in eigenen Betrieb übernommen, weil sie Wissen und Kunst der Ärzte, verbunden mit Nächstenliebe, selbständig walten lassen und ihr

es 27 und 39 in der Universitätsaugenklinik. Die Sektion der chemischen BG überwies der chir. Privatklinik von Kölliker im selben Zeitraum 52 Fälle, St. Jakob hingegen nur 1. (Cf. die Berichte der BGn, in: **BArch.**, R 89 / **858** o. Pag., korrespond. zum Anforderungsscheiben des RVA v. 5.10.1903 in: **BArch.**, R 89 / **856**, o. Pag.) Zum jährlichen Gesamtaufkommen der in St. Jakob auf Rechnung der BG verpflegten Pat. cf. die Zusammenstellungen in: Verwaltungsbericht Stadt Leipzig... (pass.).

¹⁵⁵⁵ Cf. Bericht auf die Anfrage v. 19.3.1904, in: **BArch.**, R 89 / **856**, o. Pag. Die Klinik ist mehrfach angezeigt in der „Unfallversicherungs-Praxis“, cf. bes. Nr. 6 (15.12.1901), S. 59 und Nr. 24 (15.9.1912), S. 242. Als konkurrierendes Zander-Institut inseriert für Leipzig seit 1905 nur der Chirurg und Orthopäde Lili-enfeld.

¹⁵⁵⁶ Cf. die ausführliche, mit Plänen und Revisionsberichten erhaltene Akte in: **BArch.**, R 89 / **13520**.

¹⁵⁵⁷ Die Klinik wurde benannt nach dem zuvor verstorbenen Vorsitzenden der leitenden BG, Hermann Storz (cf. Sächsische Baugewerks-BG an RVA, 4.7.1901, in: **BArch.**, R 89 / **855**, o. Pag.).

¹⁵⁵⁸ Ebda.

¹⁵⁵⁹ Cf. den handschr. Nachtrag in **BArch.**, R 89 / **857**, (Liste der vom RVA zu revidierenden Heilanstalten, 9.1.1911), o. Pag.

nicht städtische Verwaltungsbestimmungen auferlegen wollte.¹⁵⁶⁰ Auch diese Worte konnten aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß es im Leipziger Modell eine systematisch ungelöste Frage gab, die in Berlin theoretisch bereits beantwortet worden war: Diese betraf die Organisation des Krankentransportes und seine Einbettung in die Struktur der öffentlichen Notfallversorgung.

Um zu verstehen, daß dieses Problem strukturell über die eigentlichen Sachfragen hinauswies, ist es hilfreich zu rekapitulieren, wo sich zwischen beiden Städten inzwischen typische Unterschiede entwickelt hatten. In Leipzig und gleichermaßen in Berlin hatte sich, oberflächlich betrachtet, eine Struktur ärztlich dirigierter Notfallversorgung aufgebaut, die traditional stark am ambulanten Versorgungsnetz der Wachen orientiert war – gleichviel, in wessen Trägerschaft diese Institute standen. Bedingt jedoch durch Konkurrenzlagen innerhalb der Berliner Akteurskonstellationen des medizinischen Systems versuchte nun die dortige ärztliche Rettungsgesellschaft, die Krankenhäuser als Zentren der Notfallversorgung zu etablieren und damit zugleich den dezentralen Wachen ihren kompetitiven Charakter gegenüber den niedergelassenen Praktikern zu nehmen. Nur in den verbleibenden Stationen sollten wiederum alle beteiligungswilligen Ärzte der Gesellschaft am klinischen Potential profitieren können.

Dadurch bekam die Organisation des sog. Krankentransportes¹⁵⁶¹ in der Reichshauptstadt neues Gewicht, denn ihm fiel zentrale Funktion zu. Erst das Transportwesen, gekoppelt mit dem zentralen Bettennachweis, konnte Haupt- und Nebenwachen zum kooperativen Verbund integrieren, und deswegen stand diese Frage in Berlin an erster Stelle.

In Leipzig hingegen hatte es von Seiten der dirigierenden Ärzteschaft keinen Bedarf gegeben, mit dem Transportwesen eine systematische Verbindung zwischen Krankenhaus und Wachen zu schaffen. Das lag zum einen in der historischen Traditionen des örtlichen Krankentransportes und zum anderen offenkundig darin begründet, daß durch die bereits etablierte Marktstellung des Samaritervereins hinreichend Veränderungsmotivation hierfür fehlte. Krankentransport und Zentralisierung bildeten in Berlin eigentlich Vehikel, die allgemeinärztliche Leitung und Kontrolle organisierter Notfallversorgung mit dem öffentlichen Krankenhaus als zentralem Versorgungspunkt gegenüber den Konkurrenten durchzusetzen. In Leipzig bestand aber zumindest das Prinzip der ärztlichen Leitung und des innerärztlichen Interessenausgleiches seit 1883, weshalb eine besondere Verbindung zum Krankenhaus, für die man das Transportwesen hätte nutzen können, nicht dringend erschien. Die in Berlin erst bewußt konstruierte Zubringerrolle hatte sich einerseits in Leipzig schon von selbst in nötigen Fällen eingestellt. Und wo die Versorgung in den Wachen selbst stattfand, bildete dies kein großes Problem für die Niedergelassenen, weil weder sie noch die vorhandene ambulante Konkurrenz von Poli- und Privatkliniken den Wachärzten des Samaritervereins das Potential streitig machten.

¹⁵⁶⁰ Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1914), S. 1. (Nachgew. in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 118r.)

¹⁵⁶¹ Der Begriff wird hier im zeitgenössisch weiteren Sinne verwendet. Eine Differenzierung nach heutigem Verständnis, wonach der Krankentransport typisch Verlegungsfahrten, der Rettungsdienst hingegen die Funktion des medizinisch überwachten Akuttransportes wahrnimmt, deutet sich erst an und wird nicht konsequent entwickelt. So wird der Begriff „Rettungsdienst“ in den Leipziger Quellen erstmals 1907 für die Ausführung von akuten Transporten verwendet, kann aber bis nach dem Krieg auch durchaus die Gesamtheit des Leistungsgefüges bezeichnen, für das sonst der Begriff Rettungswesen verwendet wird. Cf. z. B. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 141v–142r; hingegen allgemeiner z. B.: ebda., Pag. 214r–219r (Sept. 1909) & Dass., Bd. 6, Pag. 396v (Stellungnahme der Stadt v. 12.10.1920).

Analog zu Berlin hätte man vielleicht aus Sicht der Institution Krankenhaus erwarten können, von Carl Thiersch oder seinem Nachfolger Trendelenburg Anstrengungen zu sehen, das Transportwesen in seiner Funktion für St. Jakob gegenüber den Ambulanzen des Samaritervereins zu stärken. Solche Überlegungen sind jedoch aus Sicht der medizinischen Akteure nicht überliefert, und die Krankenhausverwaltung selbst zeigte hier auch keine größeren Ambitionen. Die Position der administrativen Krankenhausleitung schien hier durchaus vergleichbar mit der Argumentation, die wir für die Charité hatten belegen können. Für sie dominierte die Kostenfrage über dem medizinischen Fortbildungsinteresse; die Zuführung von wachsenden Patientenzahlen durch einen leistungsfähigeren Krankentransport erschien unter den vorhandenen baulichen Kapazitäten nur bedingt wünschenswert. Offenbar traf sich diese Einstellung für eine Reihe von Fällen mit der Einschätzung der ärztlichen Direktion: Auch ihr galt in vielen Fällen gegenüber dem chronischen Platzmangel die Einschätzung von Blasius in Berlin, daß es sich doch gerade bei vielen Unfallverletzungen um etwas „außerordentlich Langweiliges“¹⁵⁶² handele. Trotzdem kam es seit der Jahrhundertwende auch in Leipzig zu einer intensiveren Debatte über eine Reorganisation des Krankentransportes. Hier wurde der Gegensatz zur Reichshauptstadt stark sichtbar. Während das Berliner Modell auf dem Wege war, den Krankentransport in medizinischer Funktionalität als Glied einer Rettungskette zu integrieren, blieb er in Leipzig – andere Städte dürften hier zu vergleichen sein – vorrangig ökonomisch konnotiert. In den Augen der traditionellen Hauptträger galt er deshalb zunehmend als notwendiges Übel. Skizzieren wir die Ausgangslage der Transport-Organisation, wie wir sie bis um die Jahrhundertwende vorfinden.

Krankentransport zwischen ökonomisch determinierter Pflichtaufgabe und medizinischer Funktion

Soweit man für das frühere 19. Jahrhundert von einem organisierten Transportwesen Leipzigs sprechen kann, bildeten die Ausgangspunkte hierfür einerseits die Stützpunkte von Wohlfahrts- und Sicherheitspolizei, auf der anderen Seite das städtische Krankenhaus. Auf die Problematik der Unangemessenheit der Polizeiwachen in der Verunglücktenversorgung sind wir im Zusammenhang mit Berlin bereits eingegangen¹⁵⁶³ und werden darauf auch im Mindener Kontext noch zu sprechen kommen.¹⁵⁶⁴ In vieler Hinsicht stellte die Polizei das Rückgrat der öffentlichen Sicherheit auch in Betreff der Versorgung Verunglückter dar. Diese Tatsache berücksichtigte z. B. der Entwurf einer Dienstanweisung des Samaritervereins für die Schutz- und Feuerwehreute, in der es hieß: „Die außerhalb bewohnter Räume – auf der Straße oder an anderen öffentlichen Orten aufgefundenen Bewußtlosen, Schwerverletzten oder Erkrankten sind in der am schnellsten erreichbaren Sanitäts-, Polizei-, Feuer- oder Rathswache [...] vorläufig unterzubringen.“¹⁵⁶⁵ So erscheint es selbstverständlich, daß die ausführenden Organe nicht nur vorrangig in der Hilfeleistung ausgebildet, sondern auch deren Stützpunkte mit Gerätschaften zum Weitertransport ausgestattet wurden: Bis etwa 1888 verfügte jede der 25 innerstädtischen Polizeiwachen über eine fahrbare oder faltbare Trage.

Die meisten Transporte wurden jedoch vom Krankenhaus selbst durchgeführt, das für alle schwereren Fälle gewohnheitsmäßig den Zielpunkt bildete. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus dem allgemeinen Beförderungsinstitut der Sänftenträger hervorgegan-

¹⁵⁶² BG, 14/1892, S. 154.

¹⁵⁶³ Kap. 2, S. 110f.

¹⁵⁶⁴ Cf. Kap. 5, S. 392ff.

¹⁵⁶⁵ Undatiert, ca. Jan. 1892. In: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 245–47.

gen, hatte eine städtische Verordnung diese 1855 dazu verpflichtet, „auf Verlangen des Polizeiamtes auch den Transport von Leichen und Verunglückten zu übernehmen“¹⁵⁶⁶. Noch 1875, als über eine Abschaffung der neben den inzwischen etablierten Droschken antiquiert erscheinenden Beförderungsart wiederholt debattiert wurde, sollen sich die 16 vorhandenen Sänftenträger für den Krankentransport „unentbehrlich gezeigt“ haben. Auch Carl Thiersch berichtet, daß das Krankenhaus selbst zumindest einen Teil dieser Träger finanzierte. Diese Siechknechte hatten „angemeldete Kranke sowie amtlich aufgehobene Leichen aus den entferntesten Theilen des Weichbildes der Stadt“¹⁵⁶⁷ nach St. Jakob zu bringen. 1886 schließlich wurde das Sänftenträgerinstitut aufgehoben; für den Bereich des Krankentransportes ging St. Jakob dazu über, eigene pferdebespannte Wagen bereit zu stellen; zwischen 1891 und 1893 wurde die Zahl der Fahrzeuge von 2 auf 4 erhöht.¹⁵⁶⁸

Dennoch bildete der Krankentransport alles andere als ein auf Wachstum projektiertes Leistungsfeld der Klinik. Anfang der 1890er Jahre sah die Krankenhausleitung eine Grenze überschritten und war nicht länger bereit, der steigenden Nachfrage zu begegnen.¹⁵⁶⁹ Nun wurde die systematische Integration des Krankentransportes in eine besondere Organisation der Notfallversorgung zum Gegenstand wiederholter Diskussionen. Zwei Standpunkte bildeten sich dabei heraus. Auf der einen Seite stand die Verwaltung von St. Jakob, die – aus medizinischer Perspektive bemerkenswert „blind“ gegenüber den auto-poietischen Tendenzen in der öffentlichen Gesundheitsversorgung¹⁵⁷⁰ – eine Ausweitung zu verhindern suchte. Die Argumentation gründete sich auf ein Zahlungsproblem, das beim Stand der Nachfrage nicht mehr absorbiert werden konnte. Denn anders als etwa die Mehrzahl der Berliner Krankenhäuser stellte St. Jakob den Krankentransport traditionell nicht nur als Angebot gegenüber dem bezahlenden Publikum bereit, sondern hatte im Laufe der Zeit die Transportverpflichtungen der städtischen Wohlfahrtspolizei übernommen, die mit der Umsetzung der Vorschriften des Reichsarmengesetzes noch wuchsen. Selbst als der Samariterverein als Dienstleister hinzugetreten war und über eigene Transportwagen verfügte, leistete das Krankenhaus den weitaus größten Teil; 1906 waren es incl. seiner Zweigstelle in Plagwitz fast 3400 Transporte gegenüber nur 725, die von der Rettungsgesellschaft ausgeführt wurden.¹⁵⁷¹

Entsprechend der Bestimmung der Aufnahmeordnung von St. Jakob, daß Verunglückte zunächst ohne die üblichen Formalitäten der Aufnahme-prozedur versorgt werden sollten (cf. S. 298), fand nun durch den Krankentransport eine Vorverlagerung und Ausweitung des finanziellen Problems statt. Die traditionellen Vorschriften über eine beschränkte Nutzung der kostspieligen Wagen des Krankenhauses würden deshalb „vielleicht Anfangs, dann aber wenig oder überhaupt nicht mehr beachtet, es ist eben für den Arzt bez. für die mit dem äußeren Dienst beauftragten Polizeiorgane, Rathsdienere u.s.w. [...] das einfachste und bequemste, telephonisch den Kranken-Transportwagen zu bestellen und damit hinsichtlich des Transportes und der oft unangenehmen Kostenfrage sich jeder Verantwort-

¹⁵⁶⁶ Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 148.

¹⁵⁶⁷ Thiersch, C.: Über die drei Hospitäler Leipzigs... (1876), S. 58.

¹⁵⁶⁸ Cf. die Angaben in: Stadt Leipzig (Hg.): Leipzig in hygienischer Beziehung... (1891), und Kormann, M.: Leipziger Sanitätswachen... (1895), S. 22.

¹⁵⁶⁹ Cf. oben, S. 310.

¹⁵⁷⁰ St. Jakob bildet hier keinen Sonderfall. Für Berlin hatten wir am Beispiel der Charité eine ähnliche Position der Verwaltung zeigen können.

¹⁵⁷¹ Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 79r & 140r.

lichkeit zu entziehen.“¹⁵⁷² Die erstattungspflichtigen Armenverbände¹⁵⁷³ wiederum beriefen sich stets darauf, sie könnten ohne eine besondere ärztliche Bescheinigung die wachsend in Anspruch genommenen Transportkapazitäten dem Krankenhaus gegenüber nicht mehr vergüten. Wurde der Krankenwagen trotzdem von einem Polizisten in Ausübung seiner Amtspflicht bestellt, ohne eine Bescheinigung der Armenbehörde zu veranlassen, fielen die Kosten notwendig dem Krankenhaus zur Last. Deshalb war der Standpunkt der Krankenhausverwaltung resolut – wenn auch medizinisch abstrus: Langfristig müsse das Transportwesen, das „eine an sich fremde Nebenaufgabe“ darstelle(!) vollständig abgekoppelt werden. Und adhoc solle „§ 2 der ‚Bestimmungen über den Samariterdienst der Schutz- und Feuerwehrleute pp.‘ dahin [...] [abgeändert werden], daß als regelmäßiges schnellstes Beförderungsmittel für die auf offener Straße oder an einem sonstigen Orte von einem Unfall Betroffenen die Droschke“¹⁵⁷⁴ zu wählen sei. Und das Problem erschöpfte sich für die Krankenhausleitung nicht in der ungerechtfertigten Inanspruchnahme der eigenen Transportwagen. Die mit der Kostenübernahme des Ortsarmengesetzes verbundene Frage des Einsatzradius‘ der Wagen bildete einen weiteren Widerstand; nicht selten kam es vor, daß die geschilderten Probleme, wie im folgenden Fall, zusammenfielen. So schrieb die Krankenhausverwaltung noch ein Jahrzehnt nach ihrem ersten Grundsatzprotest:

„Gestern Nachmittag ist der an Blinddarmentzündung erkrankte Brennmeister Otto Adam mit dem Rettungswagen der hiesigen Sanitätswachen aus seiner Wohnung auf dem Vororte Posthausen bei Gerichshain abgeholt und hierher gebracht worden und hat seines Zustandes wegen hier aufgenommen werden müssen. [...] Bereits vor der Zudienststellung des Rettungswagens und zwar unterm 18. März 1896 hat sich die Krankenhausverwaltung dafür ausgesprochen, daß der Wagen nur benutzt werden soll zum Transporte solcher Personen, welche in Leipzig verunglückt bez. erkrankt sind [...] || Wenn in dem vorliegenden Falle auch voraussichtlich die fehlende Verpflichtung der Wohnortgemeinde noch beschafft werden wird, so dürfte es doch zu recht bedenklichen Konsequenzen führen, wenn etwa der Rettungswagen der Sanitätswachen zu weiteren derartigen Transporten in Benutzung genommen werden sollte und bitte ich deshalb an die Direktion der Sanitätswachen Anweisung ertheilen zu wollen, die Überführung auswärts erkrankter oder verunglückter Personen in das hiesige Krankenhaus nur dann zu übernehmen, wenn dies auf Ersuchen der betreffenden Gemeinde und unter Vollziehung des vorgeschriebenen Verpflichtungsformulars geschieht.“¹⁵⁷⁵

Krankentransport in Kooperation von Krankenhaus und Samariterverein

Mit ihren Positionen stand die Krankenhausleitung dem Samariterverein gegenüber, für den die Perspektive des medizinischen Systems ausschlaggebend sein mußte. Der Vorstand wollte im Interesse einer besseren Erstversorgung und Anschlußfähigkeit an die medizinisch-stationären Einrichtungen das Krankentransportwesen mit spezialisierten Fahrzeugen intensivieren – zumindest hier bestand Übereinstimmung mit dem Berliner Prinzip. „Schon der blosse Transport“, schrieb die Vereinsleitung, verlange ärztliche Sachkenntnis. „Wenn man alle die Menschenleben zusammenfassen könnte, die durch einen unsachgemässen Krankentransport [...] so schwer geschädigt sind, dass auch die höchste Kunst [...] an dem traurigen Ausgang nichts mehr ändern konnte, es würden Zahlen her-

¹⁵⁷² Stellungnahme des Jakobs-Hospitals v. 31.1.1892, in: Dass., Nr. 86, Bd. 1, Pag. 247v–249.

¹⁵⁷³ Cf. § 28 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz v. 6.6.1870, z. B. vollst. kommentiert wiedergegeben bei: Stolp, H.: Deutsche Armengesetzgebung... (1872), S. 71f.

¹⁵⁷⁴ Ebda.

¹⁵⁷⁵ Schreiben der Verwaltung v. St. Jakob an den Rat v. 29.9.1903, in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 272r–273r.

auskommen, vor denen man erschrecken würde“.¹⁵⁷⁶ Das mochte dramatisierend klingen – in der Sache falsch war es gewiß nicht, wenn auch, was denn unter „sachgemäß“ zu verstehen sei nicht nur eine Frage des ausgehenden 19. Jahrhunderts darstellte, sondern stetig in Diskussion blieb.¹⁵⁷⁷

Trotz der unterschiedlichen Standpunkte war die Akteursbeziehung von Rettungsgesellschaft und Krankenhaus im Kern kooperativ.¹⁵⁷⁸ Die Beschwerden des Krankenhauses gegenüber dem Rat richteten sich nur in Ausnahmefällen dagegen, daß die Sanitätswachen ihm Material entzogen – der wohl deutlichste Unterschied zur Diskussion zwischen den Berliner Krankenhäusern und den Unfallstationen.¹⁵⁷⁹ In Leipzig basierte die Zusammenarbeit von Sanitätswachen, privaten Fuhrunternehmen und Krankenhaus auf einer Reihe tradierter Übereinkommen, mit denen sich die Akteure im Bedarfsfall zum gegenseitigen Nutzen aufeinander eingestellt hatten. Dies wird z. B. in den Wachensatzungen deutlich. Danach waren die Institute nur für eine „vorübergehende Aufnahme“ zuständig, um dann die „Fortschaffung“ der Patienten „nach ihren Wohnungen oder dem Krankenhaus“ vorzubringen¹⁵⁸⁰; das Krankenhaus wurde damit von der großen Zahl der einfachen Fälle entlastet, bei den schweren sorgte der Verein selbst für einen Weitertransport. 1906 etwa nennt die Statistik 82 „besonders schwere Verletzungen“, von denen 57 nach St. Jakob gebracht werden, neun weitere Personen versterben noch am Unfallort oder auf dem Transport. 1909 zählt der Verein 86 Fälle, von denen zwölf letal verlaufen und 77 in die Klinik gebracht werden.¹⁵⁸¹ Insgesamt, so stellt ein anderer Bericht fest, werden 1905–08 von den „von der Rettungsgesellschaft geborgenen Verunglückten und Kranken 816 gleich nach den Krankenhäusern, 248 in ihre Wohnung und 23 zunächst nach einer Sanitätswache und von da in ein Krankenhaus befördert.“¹⁵⁸²

Aber die funktionale Bedeutung des Transportes innerhalb der Rettungskette bezog sich nicht nur auf das Ziel, sondern ebenso auf die Frage, wo der Patient aufgenommen werden sollte. In Leipzig wurde diesbezüglich eine mehrgleisige Praxis verfolgt; sie ergab sich in gewisser Weise ebenso aus den funktionalen Defiziten der verfügbaren Techniken wie aus der so etablierten Eigenständigkeit des Samaritervereins. Vom medizinisch-fachlichen Standpunkt vertrat die Leitung den Grundsatz, der in Erfahrung der strukturellen Unterversorgung in ländlichen Gebieten von Martin Kirschner 1938 wieder aufgegriffen wurde:¹⁵⁸³ So erklärte Düms 1902, es sei Sinn des öffentlichen Rettungswesens, „dass der Verletzte nicht den Arzt suchen muss, sondern bei dem Unglücksfalle alsbald ärztliche

¹⁵⁷⁶ Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 6 & S. 19.

¹⁵⁷⁷ Cf. z. B. zur neueren Diskussion der Zweckhaftigkeit von „stay and play“ vs. „scoop and run“ die Darstellung von: Rossi, R.: Erstversorgung vor Ort... (1997). Für den Hinweis auf diesen Artikel danke ich Ph. Brahmke, Hamburg.

¹⁵⁷⁸ Seit 1913 trat das umgewidmete Krankenhaus St. Georg dazu, über dessen Beteiligung vor dem Krieg jedoch keine nennenswerten Berichte vorliegen.

¹⁵⁷⁹ So wird im November 1911 eine Beschwerde der Krankenhauskommission aktenkundig, „daß der Samariterverein vielfach Verunglückte in seinem Rettungswagen erst in die mitunter sogar weit entfernt liegenden Sanitätswachen bringt, dort ärztlich behandeln läßt und dann erst nach dem Krankenhause überführt.“ (StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 154r.) Nach einer gegenteiligen Stellungnahme des Samaritervereins wird die Angelegenheit nicht weiter verfolgt.

¹⁵⁸⁰ Cf. „Verkehrs-Ordnung für die Sanitätswachen“, Abs. 2, in: Dass., Nr. 86, Bd. 1, Pag. 173ff.

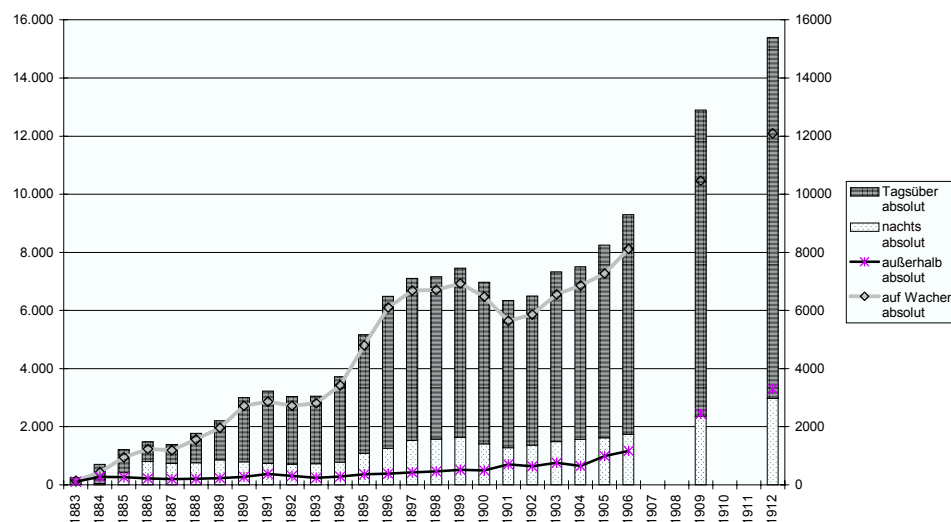
¹⁵⁸¹ Cf. für 1906 die Angaben in: Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 161–68; für 1909: Samariterverein Leipzig (Hg.): Bericht... (1909), S. 29–36 (nachgew. in: StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 305r–308v).

¹⁵⁸² Ebda., Pag. 214r–19v.

¹⁵⁸³ Cf. Burgkhardt, M.: Martin Kirschner... (1985).

Hilfe zur Stelle ist.“¹⁵⁸⁴ In der Regel wurde dieses Prinzip jedoch bis zum Krieg in einem Kompromiß umgesetzt. Die Mehrzahl aller Hilfesuchenden legte eine Wegstrecke zu den Sanitätswachen zurück¹⁵⁸⁵, oder wurde per Tragbahre dorthin verbracht, um versorgt und von dort ggf. nach ihrer Wohnung oder dem Krankenhaus weitertransportiert zu werden. Primäre „Vor-Ort“-Behandlungen, sei es in der Wohnung oder anderswo außerhalb der Wachen, bildeten einen sehr geringen Anteil; die Stadt selbst vertrat den Standpunkt, daß der Einsatz von Krankenwagen für solche Behandlungen den Unfalleinsätzen vorbehalten bleiben sollte.¹⁵⁸⁶ Unter allen zwischen 1883–1912 erbrachten 140.000 Hilfeleistungen¹⁵⁸⁷ werden nur rd. 16.000 außerhalb der Wachen geleistet, das entsprach einem Durchschnittswert von 13,4%; die folgende Grafik veranschaulicht den Sachverhalt:

Grafik 8: Hilfeleistungen nach Einsatzort 1883–1912¹⁵⁸⁸



Obschon die absoluten Anteile bis zum Krieg so gering waren, zeichnete sich doch die funktionale Bedeutung des flexiblen Arzteinsatzes und Krankentransportes gegenüber den stationären Ambulatorien deutlich ab. Zum einen stieg der Anteil der primären Vor-Ort-Einsätze seit der Jahrhundertwende von 7 auf über 21%. Und noch deutlicher nahm der Prozentsatz der spezialisierten Krankentransporte für die Vor-Ort-Behandlungen zu: Noch 1900 wurden nur in 2,8% der externen Hilfeleistungen besondere Wagen angefordert, sechs Jahre später waren es 10 und 1912 waren es immerhin rd. 14%.¹⁵⁸⁹ Zunehmend sollte so der Krankentransport das System der Ortsnachfrage-abhängigen Ambulatorien, wie es Plagwitz am deutlichsten repräsentierte, unterstützen.

¹⁵⁸⁴ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 3, Pag. 236r–237v.

¹⁵⁸⁵ 1914 waren die Adressen der Wachen an ca. 380 Plakatsäulen im Stadtgebiet angeschlagen (StA-L, Wohlfahrtspolizeiamt, R 68, Pag. 37r).

¹⁵⁸⁶ Ebda., Pag. 42v.

¹⁵⁸⁷ Die tatsächliche Zahl liegt höher, da für die Jahre 1907/08 sowie 1910/11 keine Daten vorliegen.

¹⁵⁸⁸ Berechnet nach Angaben aus den Jahresberichten des Samaritervereins, pass. Cf. die zugeh. Tabelle A6 im Anhang: Behandlungsaufkommen des Samaritervereins. Die Säulenbereiche oberhalb des Graphen „auf Wachen absolut“ bilden die Anteilswerte der Außer-Haus-Behandlung ab.

¹⁵⁸⁹ Cf. Ebda.

Funktionsstreit um die Einbeziehung der Feuerwehr

In Leipzig kam es wegen der geschilderten Probleme nur in Ansätzen zu einer zentralen Organisation des Krankentransportes, ein Bettennachweis nach Berliner Vorbild fehlte völlig.¹⁵⁹⁰ Dies war besonders den Kalkulationen des Stadtrates geschuldet, während der Samariterverein mit den Berliner Kollegen die Einsicht in die strukturelle Zukunftsbedeutung des Transportwesens teilte. Seit feststand, daß der Hauptsitz des Vereins in der Nicolaischule mittelfristig geräumt werden müsse, plädierten die leitenden Ärzte für eine Zentralisierung von Transport und Meldewesen unter ihrer Leitung.¹⁵⁹¹ Von Seiten des Krankenhauses konnte sich der Verein hier einer gewissen Unterstützung sicher sein. Ungewiß aber erschien, ob nicht doch noch der Feuerwehr die Übernahme des Transportwesens angedient würde. Während das Feuerwehrkommando selbst sich bis zum Kriegsbeginn grundsätzlich gegen eine Integration aussprach¹⁵⁹², vertrat die Stadt hier keine entschiedene Position; einmal hieß es, die Beteiligung der Feuerwehr werde vollständig wegfallen, wenn die Pferdewagen durch Benzinautos ersetzt würden¹⁵⁹³; ein anderes Mal, man solle überlegen, ob nicht eine vollständige Übernahme wesentlich kostengünstiger ausfallen werde.¹⁵⁹⁴ Die Ärzte des Vereins opponierten hartnäckig und vorerst erfolgreich gegen solche Planungen. Zu einem effektiven Krankentransport gehöre „dieselbe klinische Schulung, wie sie in den Operationssälen der Krankenhäuser verlangt“ werde. Schon deshalb könne „auch eine Verbindung des öffentlichen Rettungswesens mit der Feuerwehr [...] niemals den Anforderungen an eine sachgemäße erste Versorgung [...] entsprechen.“¹⁵⁹⁵ Im wesentlichen entsprach die Stadt schließlich diesem Votum. 1913 wurde zu veranschlagten Kosten von rd. 210.000 RM in der Lessingstraße ein dreistöckiger Neubau für die Rettungsgesellschaft errichtet. Damit erhielt der Verein ein außerklinisches Versorgungs- und Organisationszentrum mit Operations-, Röntgen und Schulungsräumen sowie Garagen für Krankenwagen.¹⁵⁹⁶

Diese kostspielige Entscheidung des Rates orientierte sich an zwei Bedingungen: Zum einen erschien der Samariterverein unverzichtbar. Keine andere Organisation oder Institution schien in der Lage, im Falle einer Weigerung höherer Unterstützung, entsprechende

¹⁵⁹⁰ Cf. den Bericht des Rates an die KHM v. 28. Sept. 1914, in: **StA-L**, Wohlfahrtspolizeiamt R 68, Pag. 35r–44v, bes. 41v.

¹⁵⁹¹ In einem Schreiben des Samaritervereins an den Rat heißt es 1909: „Bei der jetzigen excentrischen Lage unserer Krankenhäuser und der künftig wohl noch zwingenderen Notwendigkeit, dieselben noch weiter an die Peripherie der Stadt zu legen, dürfte es richtig erscheinen, die Krankenbeförderung einheitlich von einer Stelle aus zu organisieren, als dieselbe an ein oder mehrere Krankenhäuser anzugliedern. Es dürfte auch wohl von den Krankenhäusern selbst erwünscht sein, von dieser Zeit und Personal beanspruchenden Aufgaben zu Gunsten des inneren Dienstes entlastet zu werden.“ (**StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 214r–19v.)

¹⁵⁹² Cf. den Bericht des Rates an die KHM v. 28. Sept. 1914, in: **StA-L**, Wohlfahrtspolizeiamt R 68, Pag. 32r&v; cf. zur Begründung das Resümee.

¹⁵⁹³ Cf. den Bericht des Rates an die KHM v. 28. Sept. 1914, in: Ebda., Pag. 39r&v.

¹⁵⁹⁴ Aus diesem Anlaß wurden umfangreiche Gutachten eingefordert, cf.: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 5, Pag. 83ff.

¹⁵⁹⁵ Samariterverein zu Leipzig (Hg.): Festschrift der Rettungsgesellschaft... (1908), S. 42f.

¹⁵⁹⁶ Cf. den ausführlichen Bericht in: **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 1, Pag. 37ff. Die medizinisch-technische Ausstattung selber allerdings war mit den vorhandenen Mitteln nicht zu beschaffen gewesen. Zum letzten Mal in dieser Sache griff in Leipzig die private Stiftungstätigkeit ein. Die gesamte Innenausstattung wurde durch ein anonymes Legat finanziert. (cf. Dass., Nr. 86, Bd. 6, Pag. 119r.)

Versorgungsaufgaben zu übernehmen.¹⁵⁹⁷ Die zweite Bedingung bestand in den logistischen Zwängen der von Pferdekraft bewegten Gespanne – ein Problem, das naturgemäß mit der sukzessiven Einführung von Automobilen wegfiel und dem Rat nach dem Krieg den Weg freigab, einer synergetisch orientierten Kalkulation zu folgen (s.u): Die Frage war, wie die Pferde in der Bereitschaftszeit versorgt werden könnten, um ihre Einsatzkraft zu erhalten. Und hier hatte zunächst nach Ansicht des Rates die Option für ein Zusammengehen von Krankentransport und Feuerwehr gelegen. Da „die Feuerwehrpferde täglich besonders bewegt werden [müßten], ohne daß damit eine wirtschaftliche Leistung erzielt würde [...] sei [es] also naheliegend, daß man den Pferden die nötige Bewegung durch Fahren der Krankenwagen verschaffe und sie damit wirtschaftlich ausnutze.“¹⁵⁹⁸ Der Samariterverein hatte nichts dagegen, für die eigenen Wagen Unterstand bei der Feuerwehr gefunden zu haben, suchte ja aber wiederum eine zu enge Koppelung an die Feuerwehr zu verhindern. Die Vereinsleitung argumentierte mit der möglichen Überschneidung von Einsätzen zum Nachteil der Verletzten, da ja der Feuerwehrdienst „natürlich vorgehe“¹⁵⁹⁹. Strukturell war damit das Problem tatsächlich treffend benannt, und auch der Rat kam schließlich nicht mehr umhin, das zu akzeptieren: Ein ständiger Rettungsdienst forderte, ebenso wie eine ständige Feuerwehrebereitschaft, ununterbrochene Einsatzmöglichkeit der Gerätschaften. Je mehr sich aber das Einsatzvolumen der Rettungsgesellschaft konzeptionell von den Stationen zur Transportversorgung verlagerte, desto weniger angänglich konnte eine Lösung erscheinen, die das Bereitschaftspotential einer Organisation für zwei Ereignistypen zugleich nutzen wollte.

IV.5 Ausblick und Resümee

Als die Rettungsgesellschaft im Frühjahr 1913 eigenständig ihre neuen Räumlichkeiten beziehen konnte, da schien sie zugleich einen Weg einschlagen zu können, der sie der bis 1912 in Berlin vollzogenen Entwicklung entgegenbrachte. Im Grunde kam das frühere Leipziger Modell nun nur noch in Form verhältnismäßiger Selbständigkeit der Sanitätswachen gegenüber dem Krankenhaus und im Fehlen eines Bettennachweises zum Ausdruck.¹⁶⁰⁰

Die Selbständigkeit war indes nicht von langer Dauer: Unmittelbar nach Kriegsende zeichnete sich sehr schnell der vollständige Niedergang dieses vergleichsweise teuren Strukturmodells ab: Unter dem Druck der gesamtwirtschaftlichen Lage brach 1919 die finanzielle Basis des Vereins weg, so daß sich die Ärzteschaft ohne lange Umschweife zur Kommunalisierung aller Sanitätswachen und Angliederung des Krankentransportes an die Berufsfeuerwehr bereit erklären mußte.¹⁶⁰¹ Der Leipziger Rettungsgesellschaft und der aus ihr entstandenen überregionalen Deutschen Gesellschaft für Samariter- und Rettungsweisen (dem vormaligen DSB) war damit formal-institutionell ein ernüchterndes Ende bereitet. Mit Wirkung vom 1.10.1920 würden, teilte die Stadt mit, die „Heilgehilfen der Rettungsgesellschaft mit in den städtischen Dienst übernommen. Die Rettungsgesellschaft

¹⁵⁹⁷ Der Rat erscheint in dieser Frage mangels Alternative unter Druck gesetzt. Dieses Spannungsverhältnis kommt auch zum Ausdruck, wenn er sich trotz nolens volens erhöhter Subventionen beim Samariterverein für die weitere Tätigkeit bedankt. (Cf. z. B. Dass., Nr. 86, Bd. 5, Pag. 113r–116v.)

¹⁵⁹⁸ Ebda., Pag. 113r–116v.

¹⁵⁹⁹ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 4, Pag. 76r–78r.

¹⁶⁰⁰ Zur Einordnung dieser Tradition gegenüber den Richtlinien des ZKRW cf. das Resümee, S. 350f.

¹⁶⁰¹ StA-L, Hauptverwaltungsamt Kap. 35, Nr. 86, Bd. 6, Pag. 384ff.

beschäftigt sich hiernach nicht mehr mit dem öffentlichen Rettungsdienst¹⁶⁰² und ein Antrag, ihren Angehörigen [bei Hilfeleistung bei] Unfällen aus städtischen Mitteln eine Entschädigung zu gewähren, ist bei uns noch nicht gestellt worden.“¹⁶⁰³ Die Ausgestaltung der Notfallversorgung wurde nun, soweit noch Regelungsbedarf bestand, in ihren Grundzügen vom Deutschen Zentralverband für Rettungswesen von Berlin aus gestaltet.¹⁶⁰⁴ Damit verlor auch die ehemals so instruktive Deutsche Gesellschaft für Samariter- und Rettungswesen ihre Funktion. Als 1926 bei Paul Streffer, dem ehem. Vorsitzenden des Samaritervers eins und der Gesellschaft für Rettungswesen, angefragt wurde, was aus dieser geworden sei, stand in der Antwort die ganze Symbolik des Niedergangs: Auf billigem Papier erging an das Amtsgericht die handschriftliche Notiz Streffers, „daß umstehend gefragte Gesellschaft während des Krieges ihre Tätigkeit eingestellt hat. Ob sie sie später wieder aufgenommen hat, ist mir nicht bekannt, da ich keine Beziehungen mehr zu ihr habe.“¹⁶⁰⁵

Zum funktionalen Stellenwert der Feuerwehr in der Notfallversorgung

Mit der Angliederung der örtlichen Notfallversorgung an die Feuerwehr folgte der Leipziger Rat einem Trend in vermutlich der Mehrzahl aller Großstädte.¹⁶⁰⁶ Für die beiden untersuchten Stadtbeispiele können wir jedoch feststellen, daß diese Übertragung prinzipiell nur eine Art fremdreferentieller Zumutung (Schimank) bildet. „Rettungswesen“ als Begriff bleibt bis in die 1940er Jahre hinein leistungsmäßig sehr unscharf. Doch geht aus der historischen Fachpresse der Feuerwehr, z. B. dem „Archiv für Feuerschutz und Rettungswesen“ ganz deutlich hervor, daß im Kontext dieser Organisation der Begriff für etwas anderes steht, als wir es bisher kennengelernt haben. Dem von der Feuerwehr her verstandenen Rettungswesen fehlt historisch sui generis jeder medizinische oder gar sozialmedizinische Aspekt; es handelt sich hier gewollt um einen allein auf technische Innovation und funktionelle Effektivierung bezogenen Begriff.¹⁶⁰⁷ Es gehört zu den Aufgaben der

¹⁶⁰² Meines Wissens wird dieser „moderne“ Terminus hier das erste Mal verwendet.

¹⁶⁰³ Mitteilung des Rates der Stadt an den Dt. Städtetag, 16.3.1921, in: Ebda., Pag. 396v.

¹⁶⁰⁴ Diese zentralistische Struktur galt N. B. nur für die elementaren Grundsätze (ärztliche Leitung, hygienische Standards im Krankentransport &c.). In allen anderen Fragen wurde dem bis dahin praktizierten föderalen Prinzip, das bis heute kennzeichnend ist, vollends Rechnung getragen.

¹⁶⁰⁵ **SächsStAL**, Polizeipräsidium Vereine, Nr. 459, Pag. 141r. De jure bestand die Gesellschaft auch während des Krieges; Paul Streffer versuchte wenig später – wohl inspiriert durch die Anfrage –, die Tätigkeiten wieder aufleben zu lassen, und tatsächlich gelang ihm mit Alfred Saupe, Gerhard Wörner und einer Anzahl Leipziger Bürger 1927 die Durchführung des „12. Samaritertages“ – des ersten seit 1913. Eine nennenswerte Gestaltungswirkung ging aber von der Nachfolgeorganisation des Deutschen Samariterbundes nicht mehr aus. (Cf. zu den Hintergründen auch: Bruckmeyer, Fr.; Hesse, E.: Rettungs- und Krankenbeförderungswesen... (1937), S.21–26.)

¹⁶⁰⁶ Cf. Ebda., S. 84–104 und: Franck, E.: Entwicklung des Rettungswesens... (1925).

¹⁶⁰⁷ Cf. z. B. den Leipziger Aktenbestand: „Grundzüge der Organisation des Feuerlösch- und Rettungswesens betr.“ (**SächsStAL**, AHM Leipzig, Nr. 4334): Das Vorkommen des Wortes Rettungswesen hat keinerlei inhaltliche Erörterung zur Konsequenz. Insbes. eine Abgrenzung (oder explizite Zugehörigkeit) eines solchen Aufgabengebietes zur Feuerwehr wird nicht formuliert. Der besondere Sinn der Verwendung des Wortes bleibt mithin unklar; der Begriff verschwindet auch im Laufe der Akte und wird reduziert auf das „Feuerlöschwesen“. Ein anderes Beispiel bildet die 1877 von der KHM Leipzig verteilte Schrift von O. Fiedler: Grundzüge der Organisation der Feuerlösch- und Rettungsanstalten. Der Verfasser geht kurz auf Menschenrettung ein, jedoch ohne jegl. medizinische Beschreibung und Anleitung (S. 16 ebda.). Im wesentlichen geht es um neue *Techniken* der Brandbekämpfung, um eine geordnete Alarmierung und entsprechendes Meldewesen mit Kirchenglocken, elektrischem Geläut an Wagen und telegraph. Meldern. Symbolisch die Begrifflichkeit in spezifischem Kontext umreißend schließlich der 1885 in Leipzig ge-

Feuerwehr, Menschen aus bestimmten Gefahrensituationen zu retten. Aber sie entwickelt in medizinischer Hinsicht hier keine eigenen Strukturen, sondern bindet vorhandene Angebote aus anderen Kontexten ein. Deshalb es gerade die Mitglieder der Feuerwehr, die dem Rat gegenüber ausdrücklich die Subventionierung des Samaritervereins empfehlen.¹⁶⁰⁸ Von der weitgehend kostenlosen Ausbildung als Ersthelfer können alle Mannschaften schließlich nur profitieren. Aber aus demselben strukturellen Grund wehren sich die Brandschützer nachhaltig, vom Rat der Stadt für die medizinische Notfallversorgung als aktiver Leistungsanbieter vereinnahmt zu werden. Die Feuerwehr erscheint damit historisch für das Rettungswesen im medizinischen Sinne ebenso wenig geeignet wie die Polizei. Die Herausbildung eines organisierten Rettungswesens parallel zu den Einrichtungen der Feuerwehr betont diesen Sachverhalt; sie zeichnet für den Grad medizinischer Professionalisierung unter gleichzeitiger Notwendigkeit der funktionalen Abgrenzung, die selbst nach einem Vierteljahrhundert eigenständiger Tätigkeit etwa von Seiten der Leipziger Ärzte noch betrieben wird. Daß in der Mehrzahl der deutschen Städte schließlich die Feuerwehr mit der Durchführung des Rettungsdienstes in technischer Hinsicht betraut wird, hat vermutlich überall ähnliche Gründe wie wir sie für das Leipziger Beispiel darstellen konnten. Aus der Perspektive des medizinischen Systems setzte diese Verbindung aber voraus, daß aus einer Integration keine Dominanz werden konnte. Daher steht zu vermuten, daß denjenigen größeren Städten¹⁶⁰⁹, wo die Feuerwehr schon vor 1912 maßgeblich in den Rettungsdienst einbezogen wurde, die örtliche Ärzteschaft sich eine hinreichend abgesicherte Leitungsposition verschaffen konnte. Zumindest die Beispiele Berlin und Leipzig legen dies nahe. Die Einbindung logistisch-personeller Dienstleistungen der Feuerwehr konnte einerseits ohne erhebliche Widerstände nur dort vollzogen werden, wo Notfallversorgung eine grundsätzlich vom medizinischen System fachlich wie organisatorisch kontrollierte Ausdifferenzierung erfahren hatte. Wo dies aber der Fall war, bot diese strukturelle Voraussetzung wiederum ein ebenso stabiles wie kosteneffizientes Fundament der Kooperation.

Zum Verhältnis von Berliner und Leipziger Modell

Eingangs haben wir vom Berliner und Leipziger Modell gesprochen, deren Strukturvorbilder für die Ausgestaltung der öffentlichen Notfallversorgung in Deutschland maßgeblich wurden. Wie ist in diesem Zusammenhang die Leipziger Entwicklung gegenüber Berlin zu beurteilen? Welches sind dominante Kennzeichen, die in spätere Strukturen Eingang fanden, was verschwand und wo läßt sich ein Scheitern sehen? Diese Fragen lassen sich verschieden beantworten, je nachdem, was in den Vordergrund gestellt wird – etwa die gegenwärtige Organisationsstruktur des klinikzentrierten Rettungsdienstes oder die Organisation ärztlicher Notbereitschaft. Ebenso lassen sich die Beziehungen der beteiligten Akteure und Systemkontexte hervorheben, oder die Strukturkompatibilitäten des Modells mit den staatstypischen Kennzeichen von Föderalismus und Zentralismus. Auch wäre es

gründete „Polytechnische Verein für Feuerschutz und Rettungswesen“, dessen Zweckfunktionalität sich nirgends mit derjenigen des fast zeitgleich gegründeten Samaritervereins überlagert. (Cf. **StA-L**, Hauptverwaltungsamt Kap. **35**, Nr. **129**.)

¹⁶⁰⁸ Cf. die Belobigungsschreiben des Feuerwehrkommandanten v. 18.6.1883 und der freiwilligen Feuerwehr v. 6.2.1890, in: Dass., Nr. **86**, Bd. **1**, Pag. 37r–38r & 144r.

¹⁶⁰⁹ Kleinstädte und ländliche Gemeinden bilden hier, wie das Mindener Beispiel zeigt, eine gewisse Ausnahme, da es hier zu einer Ausdifferenzierung organisierter Akutversorgung nur sehr begrenzt kommt; so entfällt auf Seiten der medizinischen Akteure Anreiz oder Notwendigkeit, eine ordinale Strukturbeziehung zu den technischen Diensten der Feuerwehr zu entwickeln.

angebracht, die Bedeutung von den Besonderheiten der historischen Situation her zu sehen, also die Interaktions-Leitbilder der städtischen Gesellschaft des späten 19. Jahrhunderts zu betonen.

Das Leipziger Modell ist im Hinblick auf die spätere Entwicklung schwerer theoretisch schematisierbar als Berlin. Vorrangiges Kennzeichen ist nicht nur ein kleinerer Kreis von (kollektiven) Akteuren, sondern, daß es – mit wenigen Ausnahmen zu Anfang – zwischen diesen Akteuren überhaupt keine auffälligen Auseinandersetzungen gibt, obwohl wir theoretisch häufig von ähnlichen Bedingungen ausgehen können wie in Berlin. Auch die Messestadt ist von erheblichen sozialstrukturellen Verschiebungen im Untersuchungszeitraum gekennzeichnet, von steigender Wirtschaftstätigkeit und damit allgemein von wachsendem Nachfragepotential für eine organisierte Notfallversorgung. Leipzig verfügt über ein breites Angebot an medizinischen Dienstleistungen sowohl im Bereich der niedergelassenen Praktiker, wie auch der großen klinischen Anstalten und Privatkrankenhäuser. Im Untersuchungszeitraum bildet der funktionale Klinik- und Institutsverbund des Stadtkrankenhauses mit der Universität ein Weltzentrum der Medizin, für das keineswegs ausgemacht ist, ob es nicht noch vor Berlin rangiert. Dennoch treten hier nur am Anfang Auseinandersetzungen mit dem medizinischen System ins Bild, wie wir sie auch aus Berlin kannten. Vielleicht läßt sich dieses Kennzeichen am ehesten aus dem Gegenbild eines vielfachen Versagens in Berlin deuten; dort werden Maßstäbe für eine allgemeine Regelung getroffen, weil die örtliche Ärzteschaft sich viel „zu spät“ für das Potential interessiert, das eine organisierte Notfallversorgung integrieren kann. Und nur dort, in der Nähe zu Ministerien &c., läßt sich deshalb diese Entwicklung noch – vergleichsweise gewaltsam – korrigieren. Vielleicht ist es die absolut gesehen viel größere Zahl an ärztlichen Interessengruppen in der Reichshauptstadt, die eine Initiative verhindert, wie sie Assmus und Rühlemann in Leipzig entworfen hatten. Vielleicht ist in Berlin eine Kommunikation veränderungsbereiter Akteure im medizinischen System wirkungsvoll anders gar nicht möglich, als durch die (zwar späte aber kostenintensiv betriebene) Kampagne von Bergman &c.¹⁶¹⁰

Die Leipziger Entwicklung präsentiert sich damit als eine Interaktion von Akteuren und Teilsystemen, deren Kommunikationen trotz starker gleichzeitiger und verschiedener Anforderungen zu keinem Zeitpunkt tatsächlich in dysfunktionale Blockaden münden. Wie in Berlin ist das medizinische System dasjenige, innerhalb dessen die für die langfristige Entwicklung maßgebenden Interaktionen stattfinden. Doch in Leipzig ist ein „generativer“ Aspekt bestimmend. Das gilt zum einen für die Außenbeziehungen: In allen Aspekten und Phasen der Ausdifferenzierung steht das Bemühen einer Anpassung an traditionale Strukturen durch dasjenige Teilsystem im Vordergrund, das die Programmstrukturen definiert. Es sind die Akteure des medizinischen Systems, die de facto eine Gestaltungshoheit beanspruchen und stets anstreben. Aber dies geschieht stets im Interessenausgleich mit den im Ausdifferenzierungsprozeß beteiligten anderen Akteuren, insbes. dem politischen System. Dieser Grundzug gilt aber auch für die Kommunikationen mit personalen Akteuren innerhalb des medizinischen Systems. Jede Entscheidung der leitenden Akteure wird daraufhin überprüft, ob und wie weit sie in kollegiale Interessen eingreift, und wie dies mit dem Ziel, für alle Systemzugehörigen übergreifenden Nutzen zu stiften, vermieden werden kann. Als die Vereinsleitung dies einmal unterläßt – anläßlich der Wachen-

¹⁶¹⁰ Der verhältnismäßige Sonderfall des BG-Engagements in Berlin kann hier vernachlässigt werden: dazu wäre es vermutlich überhaupt nicht gekommen, wenn innerhalb der Ärzteschaft eine vergleichbare Eini-gung und kooperative Gründung von Versorgungsinstituten möglich gewesen wäre.

gründung in Plagwitz – sieht sie sich umgehend demselben Protest gegenüber, der in Berlin die Entwicklung fortwährend bestimmt.

Die Leipziger Organisation der Sanitätswachen verlor nach Übernahme durch die Berufsfeuerwehr nahezu vollständig an praktischer Bedeutung. Glaubt man einer Schildung von 1932, dann war die ambulant-außerklinische Notfallversorgung auf dem Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise faktisch auf den Stand von 1882 zurückgefallen: die Nachtbereitschaft von Ärzten basierte wieder nahezu vollständig auf Beliebigkeit.¹⁶¹¹ Was also blieb vom Leipziger Modell? Entscheidend sind hier die langfristigen Aspekte, die wiederum im Bezug zu Berlin deutlich werden: Es war z. B. das Partizipationsmodell des Leipziger Samaritervers, das die Berliner Rettungsgesellschaft 1895 übernommen und ausgebaut hatte. Die Grundsätze der ärztlichen Leitung des Rettungswesens und der Inklusion von Laienhelfern waren entscheidende Leitsätze des Berliner Zentralkomitees für das Rettungswesen von 1912 – programmatisch entworfen hatte sie der Deutsche Samariterbund in Leipzig. Was am „Berliner Modell“ wirklich in Berlin entwickelt worden war, das war der klinisch orientierte Rettungsdienst. Der erwies sich als Organisationsmodell erst dann als praktikabler und kostengünstiger, nachdem das ZKRW die Prinzipien der ärztlichen Beteiligung und Leitung hatte etablieren können. Jetzt war, zumal durch die neue Automobiltechnik, auch die ökonomisch motivierte synergetische Integration der Feuerwehr möglich. Damit gab es eine Alternative, der gegenüber sich das Modell der kleinen Operationsstationen nach Leipziger Art zwar als komfortabel für viele Patienten – aber als viel zu kostenintensiv darstellen mußte. Die Verbindlichkeit der Beschlüsse des ZKRW und des späteren Zentralverbandes für das Rettungswesen war es, welche die dominierende Übernahme des nun „Berliner“ Modells nicht nur in Leipzig beförderte.

Gleichwohl fand ein Grundgedanke dieses Modells nach dem Krieg erneut Berücksichtigung – bis heute: Das krankenhauszentrierte Rettungswesen nach Berliner Prinzip konnte unmöglich eine allgemeine Zuständigkeit für die Menge der kleineren behandlungsbedürftigen Erkrankungsfälle behaupten wollen. Die über die Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzte Verpflichtung zum ärztlichen Notbereitschaftsdienst außerhalb des eigentlichen Rettungswesens bildete demnach die Fortsetzung der Idee, die mit den Statuten des Samaritervers am weitesten durchdacht und erstmals programmatisch geregelt worden waren. Diese Notdienste sind ein institutioneller, gleichwohl sehr bescheidener „Rest“ der Sanitätswachen in ihrer Funktion als Kontaktstation für medizinische Notfälle außerhalb der regulär ambulanten Behandlung und des klinischen Rettungsdienstes.

¹⁶¹¹ Cf. **StA-L**, Gesundheitsamt, Nr. 788, Pag. 33r.